

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem Comunitária

Relatório de Estágio

**Intervenção Comunitária de Enfermagem na Avaliação do
Risco de Diabetes Tipo 2 no Adulto**

Lúcia de Fátima Lopes

Lisboa

2018



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem
Comunitária
Relatório de Estágio

Intervenção Comunitária de Enfermagem na Avaliação do
Risco de Diabetes Tipo 2 no Adulto

Lúcia de Fátima Lopes


Orientador: Professor Doutor José Edmundo Sousa

Orientadora clinica: Enfermeira Especialista Comunitária Mara Pires

Lisboa

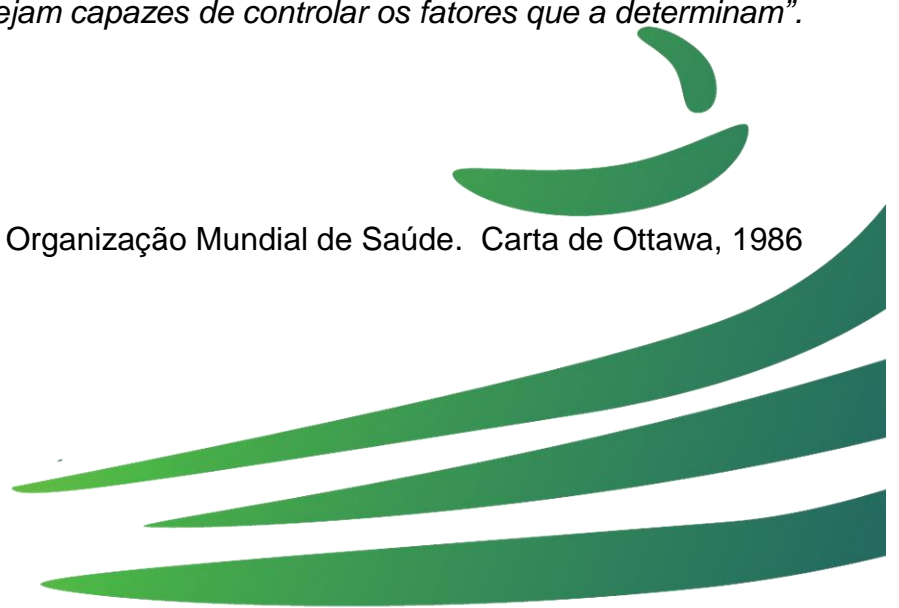
2018

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“As populações não podem realizar totalmente o seu potencial de saúde sem que sejam capazes de controlar os fatores que a determinam”.

Organização Mundial de Saúde. Carta de Ottawa, 1986



AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os que de alguma maneira tornaram possível a realização deste curso de mestrado em enfermagem comunitária. A toda a minha família pelo apoio e paciência, em especial aos meus filhos pelo tempo que não lhes dediquei neste período.

Aos meus colegas do 8º curso de mestrado de enfermagem comunitária, são um grupo fantástico, que funcionou como uma equipa. Em especial às colegas/amigas Sofia Tavares e Sónia Miguel pelo apoio, incentivo e por não me terem deixado desistir nos momentos mais difíceis.

Um agradecimento especial ao orientador de estágio, Professor José Edmundo Sousa, por todo o apoio, incentivo nas fases difíceis e disponibilidade demonstrada durante todo o percurso.

Os meus sinceros agradecimentos à Enfermeira Mara Pires, pela sua orientação, apoio e colaboração ao longo de todo o estágio. Um muito obrigado também às enfermeiras Susana Santos e Inês Duarte da UCC do Seixal.

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
ACES AS	Agrupamento de Centros de Saúde Almada-Seixal
AF	Atividade física
AGJ	Anomalia da Glicemia de Jejum
APA	American Psychological Association.
ARSLVT	Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo
AS	Alimentação Saudável
AVD	Atividade de Vida Diária
CMS	Câmara Municipal do Seixal
DGS	Direção Geral da Saúde
DM	Diabetes Mellitus
DM2	Diabetes Mellitus tipo 2
DSS	Diagnostico Social do Seixal
ENPAF	Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física
EpS	Educação para a Saúde
ESEL	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
IMC	Índice Massa Corporal
INE	Instituto Nacional de Estatística
MPS	Modelo de Promoção de Saúde
OE	Ordem Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
OND	Observatório Nacional Diabetes
PA	Perímetro Abdominal
PAF	Prática de Atividade Física
PNPAF	Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física
PNPAS	Programa Nacional Promoção Alimentação Saudável
PNPCD	Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes
PNS	Plano Nacional de Saúde
PRISMA	Relatórios Preferidos para Avaliações Sistemáticas e Meta-Análises
PTGO	Prova Tolerância Glicose Oral

SCML	Santa Casa de Misericórdia Lisboa
SPSS	Statistical Program for Social Sciences
TDG	Tolerância Diminuída à Glicose
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UE	União Europeia
WHO	World Health Organization

RESUMO

A diabetes tipo 2 é uma doença crónica que afeta grande número de pessoas, constituindo entre nós um problema não só individual e familiar, mas também de saúde pública, de proporções importantes. Ocorre habitualmente na idade adulta e está associada ao excesso de peso provocado pelo tipo de alimentação e vida sedentária. O aparecimento é habitualmente lento, levando a que seja frequentemente diagnosticada tarde demais. No entanto a diabetes tipo 2 é uma doença suscetível de ser prevenida. Os fatores de risco, podem ser controlados através de estratégias eficazes de prevenção.

A intervenção comunitária foi realizada no bairro social de Santa Marta de Corroios de 26 de setembro 2017 a 09 de fevereiro 2018, e teve como objetivo avaliar o risco de desenvolvimento de diabetes tipo 2 nos adultos dos 20 aos 40 anos, no bairro de Santa Marta de Corroios, identificar os diferentes níveis de risco que a população apresentava e intervir nos fatores de risco identificados e passíveis de serem modificáveis através da intervenção de enfermagem, visando a prevenção primária (promoção da saúde) da diabetes tipo 2. Tratou-se de um estudo descritivo, exploratório e transversal, que visou obter informações e caracterizar a população em estudo.

Para a operacionalização da intervenção comunitária, utilizamos a metodologia do planeamento em saúde.

Utilizamos como instrumento de colheita de dados um questionário baseado na ficha de avaliação do risco de desenvolvimento da DM tipo2 da DGS, complementado com dados que permitiram a caracterização sociodemográfica, antecedentes pessoais e estilos de vida da população em estudo. Para a análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva. De acordo com os resultados, consideram-se como diagnósticos de situação de saúde, a intervir: IMC e perímetro abdominal alterado; baixa prática de atividade física; irregularidade do consumo de vegetais e/ou fruta e refeições pouco fracionadas.

A estratégia de intervenção foi baseada na Educação para a Saúde e no Aconselhamento individual.

Palavras Chave: Diabetes tipo 2, Fatores de Risco, Vulnerabilidade, Intervenção Comunitária Enfermagem, Educação para a Saúde.

ABSTRACT

Type 2 diabetes is a chronic disease that affects many people, constituting not only individual and family problems, but also public health problems of major proportions. It usually occurs in adult age and is associated with overweight caused by the type of food and sedentary life. The onset is usually slow, leading to it being often diagnosed too late. However, type 2 diabetes is a preventable disease. Risk factors can be controlled through effective prevention strategies.

The community intervention was carried out in the social neighborhood of Santa Marta de Corroios from September 26, 2017 to February 9, 2018, and had as objective to evaluate the risk of developing type 2 diabetes in adults from 20 to 40 years old, in the Santa Marta neighborhood of Corroios, to identify the different levels of risk that the population presented and to intervene in the risk factors identified and liable to be modifiable through the nursing intervention, aiming at the primary prevention (health promotion) of type 2 diabetes. A descriptive, exploratory and cross - sectional study that aimed to obtain information and characterize the study population.

For the operationalization of community intervention, we used the methodology of health planning.

We used as a data collection instrument a questionnaire based on the DGS type 2 DM risk assessment card, complemented with data that allowed the sociodemographic characterization, personal antecedents and lifestyles of the study population. Descriptive statistics were used to analyze the data. According to the results, the intervention of: BMI (body mass index) and altered abdominal perimeter are considered as diagnoses of health situation; low physical activity practice; irregularity of consumption of vegetables and / or fruit and small fractionated meals.

The intervention strategy was based on Health Education and Individual Counseling.

Keywords: Type 2 Diabetes, Risk Factors, Vulnerability, Community Intervention Nursing, Health Education.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	14
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
1.1 - Diabetes Mellitus tipo 2 e seus critérios de diagnóstico	16
1.2 - Fatores de Risco da Diabetes.....	18
1.3 - Estilos de Vida	19
1.4 - Vulnerabilidade.....	21
1.5 - Intervenção Comunitária de Enfermagem.....	23
1.6 - Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.....	24
2. METODOLOGIA	26
2.1 - Diagnóstico da situação de saúde.....	26
2.1.1 - Contextualização do local de intervenção.....	27
2.1.2 - População, população-alvo e amostra.....	29
2.1.3 - Técnicas e procedimentos de recolha de dados.....	30
2.1.4 - Apresentação e análise dos resultados	33
2.1.5 - Diagnósticos de Enfermagem	45
2.2 - Definição de Prioridades.....	45
2.3 - Fixação de Objetivos.....	47
2.4 - Seleção de estratégias	51
2.5 - Preparação Operacional	53
2.6 - Avaliação.....	57
3. QUESTÕES ÉTICAS	60
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64
ANEXOS	69

ANEXO I - Ficha de Avaliação de Risco de Diabetes Tipo 2 da DGS	70
ANEXO II - Tabela de avaliação do índice de massa corporal da DGS	72
ANEXO III - Ficha de avaliação clínica para o plano de promoção da saúde de Nola Pender	74
ANEXO IV - Declaração do Diretor Executivo da ACES Almada Seixal	78
ANEXO V - Parecer da Comissão Nacional de Proteção de Dados.....	80
ANEXO VI - Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT	83
ANEXO VII - Declaração do investigador	87
APENDICES	89
APENDICE I - Revisão <i>Scoping</i>	90
APENDICE II - Questionário de colheita de dados	105
APENDICE III - Quadro de variáveis do estudo e sua categorização.....	114
APENDICE IV - Dados da caracterização da amostra	116
APENDICE V - Classificação de juízes de acordo com Benner (2001)	126
APENDICE VI - Quadro priorização dos problemas	128
APENDICE VII - Diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola Pender adaptado à intervenção realizada no bairro de Santa Marta	130
APENDICE VIII - Plano Operacional	132
APENDICE XIX - Gráfico de Gantt	141
APENDICE X - Plano da sessão de educação para a saúde em grupo I	143
APENDICE XI - Diapositivos da sessão de educação para a saúde em grupo I	147
APENDICE XIII - Folha auto registo diário (três dias) do comportamento alimentar....	157
APENDICE XIV - Quadro “Principais erros alimentares identificados no registo diário da alimentação”	160
APENDICE XV - Avaliação da motivação individual para a prática de atividade física	162
APENDICE XVI - Convite personalizado para uma sessão de educação para a saúde em grupo.....	164
APENDICE XVII - Convite sessão de educação para a saúde na comunidade ..	166

APENDICE XVIII - Cartaz informativo sobre a realização da sessão no centro comunitário	168
APENDICE XIX - Plano da sessão de educação para a saúde em grupo II.....	170
APENDICE XX - Diapositivos da sessão de educação para a saúde em grupo II.....	174
APENDICE XXI - Folha “sugestão individualizada plano alimentar saudável”	181
APENDICE XXII - Avaliação dos indicadores de processo.....	183
APENDICE XXIII - Avaliação dos indicadores da intervenção.....	185
APENDICE XXIV - Grelha de observação da participação na sessão II	188
APENDICE XXV - Questionários de avaliação de conhecimentos e satisfação das sessões de EpS I.....	190
APENDICE XXVI - Questionários de avaliação de conhecimentos e satisfação das sessões de EpS II.....	193
APENDICE XXVII - Resultado da avaliação conhecimento na Sessão EpS II	197
APENDICE XXVIII - Consentimento Informado do participante do estudo	199

INDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 01 - Distribuição dos participantes segundo o Sexo	33
Gráfico 02 - Distribuição dos participantes segundo a idade	33
Gráfico 03 - Distribuição dos participantes segundo o país de origem	34
Gráfico 04 - Distribuição dos participantes segundo o nível de escolaridade	34
Gráfico 05 - Distribuição dos participantes segundo situação profissional	35
Gráfico 06 - Distribuição dos participantes segundo trabalho por turnos	35
Gráfico 07 - Distribuição dos participantes segundo IMC	36
Gráfico 08 - Distribuição da amostra segundo a prática diária de atividade física, 30 min, incluindo AVD's	38
Gráfico 09 - Distribuição da amostra segundo a frequência da prática de atividade física	38
Gráfico 10 - Distribuição da amostra segundo ingestão de vegetais e/ou fruta	39
Gráfico 11 - Distribuição dos participantes segundo o modo de confecção dos alimentos.	40
Gráfico 12 - Distribuição dos participantes segundo o risco de desenvolver DM2	42

INDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 - Caracterização Antropométrica dos participantes	36
Tabela 2 - Caracterização dos participantes segundo o perímetro abdominal e o sexo	37
Tabela 3 - Distribuição da amostra segundo a frequência da ingestão de vegetais e fruta	39
Tabela 4 - Caracterização dos participantes segundo hábitos alimentares mais frequentes e frequência do consumo	40

INTRODUÇÃO

A Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crónica que afeta grande número de pessoas, constituindo entre nós um problema não só individual e familiar, mas também de saúde pública, de proporções importantes. A incidência continua a aumentar. O aumento acentuado da prevalência de DM é atribuído às rápidas mudanças sociais e culturais das últimas décadas, com a adoção de estilos de vida de risco, bem como ao aumento da esperança de vida.

A diabetes tipo 2 é uma doença que ocorre habitualmente na idade adulta e está associada ao excesso de peso provocado pelo tipo de alimentação e vida sedentária. Estes dois fatores levam a que a doença surja em idades cada vez mais precoces e até mesmo em jovens. A idade estimada para o aparecimento da diabetes tipo 2 é de 45 anos se europeus e 35 anos se de outra origem/região do mundo. O aparecimento é habitualmente lento e os sintomas podem ser tão discretos que passam despercebidos levando a que o diagnóstico seja tardio. A diabetes não só é frequentemente diagnosticada tarde demais, como 50% das pessoas com diabetes ignoram que têm a doença. Identificar grupos de risco acrescido de desenvolvimento de diabetes tipo 2, por questionário, é uma das estratégias de intervenção preconizadas no Programa Nacional Prevenção e Controlo da Diabetes (PNPCD).

A evidência sobre a possibilidade de prevenção da diabetes tipo 2 é categórica, é uma doença suscetível de ser prevenida. Os fatores de risco, podem ser controlados através de estratégias eficazes de prevenção. No entanto também é conhecida a dificuldade da adesão das pessoas a mudanças de estilos de vida. Torna-se necessário que o enfermeiro tenha um papel de caráter educativo e interventivo no sentido de procurar sensibilizar as pessoas para a vigilância do seu estado de saúde, promover a adoção de hábitos de vida saudável e a prevenção de comportamentos de risco.

Como especialista em enfermagem comunitária, o enfermeiro assume um importante papel na prevenção da diabetes tipo 2 e na promoção da saúde, através da educação para a saúde, capacitando os indivíduos para conhecer os fatores de risco e tomar decisões relacionadas com a sua saúde, dotando-os de conhecimentos e competências que lhes permite efetuar essa decisão e assim prevenir a doença, através da diminuição dos fatores de risco modificáveis, tais como os hábitos

alimentares e a atividade física, e mudança de comportamento, adotando estilos de vida mais saudáveis.

O presente relatório descreve o estágio de intervenção comunitária realizado no terceiro semestre do 8º Curso de Mestrado de Enfermagem, na área de Especialidade Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), implementado num bairro social da freguesia de Corroios, bairro de Santa Marta de Corroios, no concelho do Seixal.

Esta intervenção teve como principal finalidade, realizar uma avaliação do risco de diabetes tipo 2, no adulto, numa comunidade, de forma a intervir nessa comunidade na prevenção primária da diabetes tipo 2. A utilização da avaliação de risco de diabetes nos adultos permitiu a adequação da assistência à estratificação do risco, com vista à prevenção da diabetes.

A intervenção comunitária desenvolvida teve como principal objetivo promover comportamentos saudáveis para a prevenção de DM2, através da prática regular da atividade física e de uma alimentação saudável, no adulto dos 20 aos 40 anos do bairro de Santa Marta. Teve como referencial teórico o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.

Para operacionalizar o projeto, utilizou-se a metodologia do planeamento em Saúde e procedeu-se a uma revisão bibliográfica e revisão *scoping* (Apêndice I), na base de dados MEDLINE e CINAHL. Para diagnóstico da situação recorreu-se a um questionário baseado na ficha de risco de desenvolvimento da DM tipo2 da DGS (Circular Normativa N.º 23/DSCS/DPCD de 14/11/2007), complementado por um questionário que permite avaliar não só o risco de desenvolver diabetes tipo 2 como também caracterização sociodemográfica, antecedentes pessoais e hábitos de vida aos adultos dos 20 aos 40 anos.

O relatório encontra-se dividido em capítulos em que se aborda o enquadramento teórico, a metodologia utilizada com descrição de todas as etapas do desenvolvimento da intervenção, questões éticas e considerações finais da intervenção comunitária. Em anexo, encontram-se vários documentos que poderão ser úteis para uma melhor compreensão da intervenção realizada.

A estrutura do relatório obedece ao Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos da ESEL, 2017, e as citações e referências bibliográficas seguem as normas APA (American Psychological Association), 6ª edição.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Ao longo deste capítulo será fundamentada a problemática em estudo, através da revisão da literatura efetuada, incluindo uma Revisão *Scoping* efetuada sobre a temática, através da perspetiva de vários autores e da clarificação dos conceitos que permitem compreender melhor a temática em estudo.

1.1 - Diabetes Mellitus tipo 2 e seus critérios de diagnóstico

A Diabetes Mellitus indica um conjunto de doenças que se caracterizam por níveis elevados de açúcar no sangue (hiperglicemia).

Segundo a WHO (2006) o termo diabetes mellitus descreve uma desordem metabólica de etiologia múltipla, caracterizada por uma hiperglicemia crónica com distúrbios no metabolismo dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas, resultantes de deficiências na secreção ou ação da insulina, ou de ambas. Existem várias formas da doença que estão classificadas de acordo com a sua causa, sendo os mais comuns a diabetes tipo 1, a diabetes tipo 2 e a diabetes gestacional. Cerca de 90% dos casos são diabetes tipo 2, em que, geralmente os indivíduos produzem a insulina de forma insuficiente ou esta não é utilizada de forma eficaz.

De acordo com a Norma da DGS N.º 002/2011, de 14/01/2011, o diagnóstico de diabetes é feito com base nos seguintes parâmetros e valores para plasma venoso na população em geral:

- a) Glicemia de jejum ≥ 126 mg/dl (ou $\geq 7,0$ mmol/l); ou
- b) Sintomas clássicos de descompensação + glicemia ocasional ≥ 200 mg/dl (ou $\geq 11,1$ mmol/l); ou
- c) Glicemia ≥ 200 mg/dl (ou $\geq 11,1$ mmol/l) às 2 horas, na prova de tolerância à glicose oral (PTGO) com 75g de glicose; ou
- d) Hemoglobina glicada A1c (HbA1c) $\geq 6,5\%$.

Existem indivíduos que se encontram em estádios distintos da alteração do metabolismo da glicose, para os quais existe um risco aumentado, em relação à população normoglicémica, de vir a desenvolver diabetes. A esse indivíduo é diagnosticada hiperglicemia intermédia, que pode corresponder a uma Anomalia da Glicemia de Jejum (AGJ), em que a glicemia de jejum ≥ 110 e < 126 mg/dl ou a Tolerância Diminuída à Glicose (TDG), em que a glicemia às 2 horas na PTGO ≥ 140

e < 200 mg/dl. Tanto a AGJ como a TDG, isoladamente ou em conjunto, identificam grupos de indivíduos que apresentam risco aumentado para a diabetes.

A Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crónica que afeta grande número de pessoas, constituindo entre nós um problema não só individual e familiar, mas também de saúde pública, de proporções muito importantes. A Diabetes assume um papel significativo nas causas de morte, tendo estado na origem de 4,0% das mortes ocorridas em 2015.

Segundo a União Europeia (UE,2012), a diabetes é a mais comum das doenças não transmissíveis, afetando, segundo as estimativas, mais de 32 milhões de cidadãos da UE, ou seja, cerca de 10% da população total da UE, e que um número equivalente de pessoas sofre de intolerância à glicose, que muito provavelmente evoluirá para diabetes clinicamente manifestada. A diabetes tipo 2 é uma doença suscetível de ser prevenida e que os fatores de risco, tais como uma dieta pobre e desequilibrada, a obesidade, a falta de atividade física e o consumo de álcool, foram claramente identificados e podem ser tratados através de estratégias eficazes de prevenção.

Segundo dados do OND (Observatório Nacional da Diabetes), em 2015 a prevalência estimada da Diabetes na população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos (7,7 milhões de indivíduos) foi de 13,3%, isto é, mais de 1 milhão de portugueses neste grupo etário tem Diabetes. A taxa de prevalência da Diabetes entre 2009 e 2015, passou de 11,7% para 13,3%, o que corresponde a um crescimento na ordem dos 13,5%. Este aumento acentuado da prevalência de DM é atribuído às rápidas mudanças sociais e culturais das últimas décadas, com a adoção de estilos de vida de risco, bem como ao aumento da esperança de vida.

Verificou-se também um crescimento acentuado da taxa de incidência da Diabetes em Portugal nos últimos quatro anos. Em 2015, estimou-se a existência de 591 a 699 novos casos de Diabetes por cada 100 000 habitantes, de acordo com cada uma das fontes considerada pelo OND (2016).

1.2 - Fatores de Risco da Diabetes

Em saúde, o conceito de risco, apresenta diferentes significados para diferentes pessoas, sendo que os dois mais frequentemente utilizados, correspondem ao conceito de risco como probabilidade de um resultado adverso, ou um fator que aumenta essa probabilidade (WHO, 2002).

Os fatores de Risco da Diabetes tipo 2, podem ser fatores etiológicos não modificáveis, tais como fatores genéticos e envelhecimento populacional e fatores etiológicos modificáveis, como a ingestão calórica excessiva, sedentarismo e obesidade.

O risco de diabetes tipo 2 é determinado pela interação de fatores genéticos e metabólicos. Qualquer pessoa pode desenvolver a diabetes tipo 2, no entanto existem pessoas com maior risco. Etnia, história familiar de diabetes e diabetes gestacional anterior combinam com idade mais avançada, excesso de peso (IMC>25) e obesidade (IMC>30), obesidade central ou visceral (perímetro abdominal H > 94 cm e M > 80 cm), dieta pouco saudável, inatividade física e tabagismo para aumentar o risco (WHO, 2016, pág. 11).

A diabetes tipo 2 é uma doença suscetível de ser prevenida. Os fatores de risco, podem ser controlados através de estratégias eficazes de prevenção.

Segundo a estratégia de risco, a identificação dos fatores de risco *a priori*, isto é, antes do aparecimento do evento (dano) a que estão associados, abre uma ampla possibilidade operacional através dos seguintes aspetos: previsão do aparecimento do dano, tendo assim uma função preditiva; possível controle ou eliminação desses fatores, assim reduzindo a probabilidade de aparecimento do dano; e possível identificação dos grupos de alto risco que devam ser objeto de atenção especial por parte dos serviços da saúde, no sentido de 'compensar' esses riscos através de ações da saúde.

A inatividade física tornou-se um fator de risco de Saúde: 1 milhão de mortes (cerca de 10% do total) e 8,3 milhões de vidas perdidas por ano na Região Europeia da OMS são atribuíveis à inatividade física. Estima-se que causa 7% de diabetes tipo 2 na Europa (WHO, 2015, pág. 6).

Segundo Pessoa et al (2005), os fatores ambientais, sociais e individuais influenciam os padrões alimentares, que por sua vez afetam o risco de muitas doenças crónicas.

O enfermeiro assume um importante papel na prevenção da diabetes tipo 2 e na promoção da saúde, através da educação para a saúde, capacitando os indivíduos para conhecer os fatores de risco e tomar decisões relacionadas com a sua saúde, dotando-os de conhecimentos e competências que lhes permite efetuar essa decisão e assim prevenir a doença, através da diminuição dos fatores de risco modificáveis, tais como os hábitos alimentares e a atividade física.

Segundo Odgen (1999, pág. 231), a prevenção primária refere-se à modificação dos fatores de risco (hábitos alimentares, consumos nocivos). Podemos avaliar o risco em saúde, atuar na modificação dos fatores de risco na população saudável, através da promoção da saúde de modo a melhorar o estado de saúde populacional, prevenindo a DM tipo 2 nesse grupo.

A identificação das pessoas com risco de diabetes tipo 2, permite a adoção de estratégias adequadas, nomeadamente, medidas preventivas de controlo do excesso de peso. Uma vez identificados os fatores de risco, eles podem se tornar o ponto de entrada ou foco para as estratégias e ações de promoção da saúde.

1.3 - Estilos de Vida

Associado ao risco de desenvolvimento de diabetes tipo 2 nos indivíduos, encontram-se um conjunto de fatores, fundamentalmente ligados aos estilos de vida individuais. Estilos de vida é definido pela WHO (1986), como o conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia-a-dia, apreendidos através do processo de socialização e constantemente reinterpretados e testados ao longo do ciclo de vida, em diferentes situações sociais. Os fatores comportamentais e os estilos de vida adotados pelos indivíduos e pela população em geral, normalmente são influenciados pelos determinantes sociais da saúde, económicos e culturais.

Sendo os estilos de vida um dos determinantes de saúde, é essencial educar a comunidade no sentido de adotar estilos de vida saudáveis, baseados na autonomia para tomar decisões com conhecimento. Os indivíduos podem influenciar a sua própria saúde e bem-estar, através da modificação de comportamentos de saúde, o que conduz à aquisição de estilos de vida saudáveis, os quais favoreçam assim uma diminuição no nível de risco de desenvolvimento de diabetes tipo 2. A WHO (1986) define comportamento de saúde como qualquer atividade desenvolvida por um indivíduo, independentemente do estado de saúde real ou percebido, com a finalidade

de promover, proteger ou manter a saúde, quer este comportamento seja ou não objetivamente eficaz para esse fim.

Felman (2017, pág. 9), defende uma relação causal entre o comportamento do estilo de vida e a incidência de diabetes tipo 2. Uma mudança nos comportamentos de estilo de vida, em particular a ingestão de fibra dietética, tem o potencial de reduzir a carga de diabetes na população e pode ser um alvo adequado para a intervenção de saúde pública. Um programa de intervenção comunitária pode ser eficaz na mudança de estilos de vida da população em foco.

Atualmente a evidência científica demonstra que a melhor forma de prevenir a diabetes tipo 2, passa por modificação de hábitos alimentares e de atividade física a nível individual, associado com medidas de âmbito público e intersectorial que permitam aos cidadãos ter condições facilitadas para desenvolver estilos de vida saudáveis, nomeadamente a existência de ambientes que incentivem e facilitem a prática regular de exercício físico, a disponibilidade e o acesso a alimentos e práticas alimentares saudáveis enquadradas social e culturalmente nas comunidades locais e a restrição a alimentos declaradamente obesogénicos em locais públicos, como por exemplo em espaços frequentados por crianças. Os hábitos alimentares saudáveis (por exemplo, baixo teor de gordura e elevado consumo de fibras) diminuem o risco de DM tipo 2.

A OMS define atividade física como sendo

qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que requeiram gasto de energia – incluindo atividades físicas praticadas durante o trabalho, jogos, execução de tarefas domésticas, viagens e em atividades de lazer. O termo "atividade física" não deve ser confundido com "exercício", que é uma subcategoria da atividade física e é planejada, estruturada, repetitiva e tem como objetivo melhorar ou manter um ou mais componentes do condicionamento físico. (OMS, 2014, pág. 1).

Segundo Bjaras (1997), a atividade física é uma componente importante de um estilo de vida saudável para todos nós, mas particularmente importante para aqueles com maior risco de doenças crônicas, como DM tipo 2.

As Estratégias Nacionais para a Promoção da Atividade Física, Saúde e Bem-estar (ENPAF, 2016) em harmonia com o PNS e orientações internacionais da OMS, tem como um dos objetivos promover a adoção generalizada pela população portuguesa de estilos de vida fisicamente ativos e pouco sedentários, de acordo com as recomendações para a idade, e de forma compatível com a saúde, a vitalidade, a

fruição e o bem estar, assim como incentivar o conhecimento por parte da população das recomendações e benefícios da atividade física, das oportunidades para ser mais ativo/a e menos sedentário/a, da aptidão física necessária e eventuais riscos envolvidos na prática de exercício físico.

A atividade física moderada e intensa traz benefícios significativos para a saúde, considerando-se atividade física de intensidade moderada o caminhar, pedalar ou praticar desportos.

O Programa Nacional Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS), um dos programas prioritários da DGS, tem como um dos seus objetivos aumentar o conhecimento sobre os consumos alimentares da população portuguesa, seus determinantes e consequências. Sendo uma das metas *“informar e capacitar para a compra, confeção, armazenamento de alimentos saudáveis e princípios da dieta mediterrânica na população em geral e em particular em ambiente escolar e nos grupos sociais mais desfavorecidos”* (PNPAS, 2017, pág. 16), torna-se necessário o aumento da literacia alimentar e nutricional e a capacitação dos cidadãos de diferentes estratos socioeconómicos e etários, em especial dos grupos mais desfavorecidos, para as escolhas e práticas alimentares saudáveis.

Torna-se assim necessário atuar a nível dos comportamentos, levando os indivíduos e comunidades a acreditar que é capaz de lidar com a situação e de adotar comportamentos adequados, de forma a acreditar que a diabetes tipo 2 representa uma ameaça suficientemente forte para exigir a sua atenção e mudança de comportamento.

1.4 - Vulnerabilidade

Ao conceito de risco em saúde encontramos frequentemente associado o conceito de vulnerabilidade. A vulnerabilidade é um conceito importante em enfermagem, por estar ligado à saúde e aos problemas de saúde.

Alguns indivíduos apresentam características próprias ou estão sujeitas a determinadas circunstâncias, as quais fazem com que a probabilidade de ocorrência de um dano à saúde seja mais do que outros indivíduos sem as mesmas características, ou não expostas às circunstâncias (fatores de risco). A essa suscetibilidade dos indivíduos a problemas e/ou danos de saúde, Nichiata et al (2008), dão o nome de vulnerabilidade. A vulnerabilidade é definida como um processo

dinâmico estabelecido pela interação dos elementos que a compõe, tais como idade, raça, etnia, pobreza, escolaridade, suporte social e presença de agravos à saúde. Probabilidade de uma determinada comunidade ou área geográfica ser afetada por uma ameaça ou risco potencial de desastre. Admite-se que cada pessoa possui um limiar de vulnerabilidade que, quando ultrapassado, resulta em adoecimento (Lessick et al, 1992, citado por Nichiata et al ,2008).

As iniquidades no campo da saúde têm origens nas desigualdades existentes na sociedade. Segundo Rogers (1997, pág. 66, citando Aday 1993 e Mondragon1993) existe evidencia de que alguns segmentos da sociedade são mais vulneráveis à saúde do que outros, estando entre os mais vulneráveis, aqueles com pouco apoio social, pouca educação, desempregados e/ou baixo nível socioeconómico, minorias raciais. Ainda segundo Rogers (1997), a vulnerabilidade está relacionada com o nível de controlo que a pessoa sente sobre a sua situação: quanto menos controlo tem sobre a situação, mais vulnerável se sente. A vulnerabilidade também é situacional, ou seja, um individuo que não é particularmente vulnerável à doença num ambiente, pode tornar-se altamente vulnerável se colocada num ambiente diferente. O grau de vulnerabilidade do individuo representa a interação entre os recursos pessoais e o apoio ambiental. Cada individuo tem fatores pessoais que interagem com o ambiente para influenciar a saúde. Alguns destes fatores de risco de vulnerabilidade podem ser potencialmente modificáveis, podendo assim diminuir o grau de vulnerabilidade e melhorar a saúde dos indivíduos (Rogers, 1997, pág. 67).

Tratando-se de um bairro social, com população de baixo nível socioeconómico, maioritariamente imigrantes, de origem Africana, conclui-se que estamos perante uma população vulnerável. As populações vulneráveis são definidas como aquelas em maior risco de obter maus resultados de saúde, por certos aspetos do ambiente (sociais e políticos), tornando mais provável que um individuo desenvolva determinados problemas de saúde (Stanhope e Lencaster, 2011, pág. 747). Vários são os fatores que contribuem para essa vulnerabilidade, tais como as limitações dos recursos (sociais, educativos e económicos), o mau estado de saúde (doenças crónicas) e os riscos de saúde (comportamentos pessoais, riscos ambientais ou sociais).

A intervenção na comunidade deve centrar-se na ajuda a populações vulneráveis de forma a adquirirem os recursos necessários para uma melhor saúde e para a

redução dos fatores de risco, centrando-se sobretudo na alteração de percursos sociais, económicos, e ambientais dos problemas de saúde, funcionando como advogados da mudança da população vulnerável (Stanhope e Lencaster, 2011, pág. 754). Intervenções de enfermagem comunitária culturalmente adequadas e centradas na família podem melhorar o estado de saúde das populações vulneráveis e capacitar tais grupos para a promoção da saúde.

1.5 - Intervenção Comunitária de Enfermagem

A intervenção na comunidade está contemplada na política de saúde nacional como diretriz, sendo que no disposto na alínea h) do número 1, Base II do Artigo 3º da Lei de Bases da Saúde n.º 48/90 se pode ler o seguinte: “é incentivada a educação das populações para a saúde, estimulando nos indivíduos e nos grupos sociais a modificação dos comportamentos nocivos à saúde pública ou individual” A intervenção de enfermagem nos cuidados de saúde primários tem como foco de atenção e ao longo de todo o ciclo vital a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a promoção dos processos de readaptação funcional aos problemas de saúde, procurando a máxima autonomia do indivíduo e família na comunidade.

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária tem um papel fundamental no processo de educação para a capacitação do indivíduo e comunidade, pois possui as competências para coordenar e implementar programas de saúde que envolvam os vários sectores da comunidade: a saúde, a educação, as redes sociais, os diferentes departamentos das autarquias e outros, que visam a capacitação de grupos e comunidades. Sendo que a enfermagem comunitária desenvolve uma prática global centrada na comunidade, é imprescindível a intervenção e o empenho do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na implementação dos programas promotores de saúde com vista à capacitação e “*empowerment*” das comunidades. É da sua responsabilidade conceber e planear programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde, tendo em conta a identificação das reais necessidades que os indivíduos e comunidades têm na área da saúde. Segundo Ensenyat (2017), para alcançar resultados duradouros e bem-sucedidos, esses programas de intervenção precisam incluir metas e estratégias

psicológicas (humor, alfabetização, autoeficácia, integração social) voltadas para a mudança de comportamento.

Educar os indivíduos e comunidades para a saúde é, então, criar condições para que adquiram informação e competências necessárias para modificarem os comportamentos de risco e fazerem escolhas saudáveis, que passem a tomar decisões racionais saudáveis, que lhes forneça *empowerment*. De acordo com a OMS (2001) “*empowerment*” é um processo contínuo, no qual indivíduos e/ou comunidades adquirem e ganham confiança, autoestima, compreensão e poder necessários para articular os seus interesses, seguros que essas ações são tomadas para as próprias pessoas se prepararem e, mais largamente, ganharem controlo nas suas vidas.

No caso específico da Diabetes tipo 2, a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, e dando resposta às estratégias recomendadas pelo PNPCD (2008), passa por:

- Implementar programas de intervenção comunitária, destinados à população em geral, visando a prevenção primária da diabetes;
- Divulgar, à população em geral, informação sobre a diabetes e os seus fatores de risco;
- Identificar grupos de risco acrescido de desenvolvimento da diabetes, através de inquérito, por questionário, a ser aplicado pelos profissionais de saúde;
- Rastrear pessoas com diabetes entre os grupos de risco acrescido de desenvolvimento da doença.

Segundo Stanhope e Lencaster (2011), as intervenções de enfermagem adequadas são a identificação de casos, a educação para a saúde e a criação de políticas para melhorar a saúde e disponibilizar apoio para as populações vulneráveis.

1.6 - Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

A Promoção da Saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida (OMS, 1986).

Ao promover a saúde das pessoas, o enfermeiro está a criar condições para que adquiram informação e competências necessárias para fazerem escolhas saudáveis e modificarem os comportamentos de risco.

A utilização de modelos e teorias na promoção da saúde pode facilitar na compreensão dos determinantes dos problemas de saúde e orientar nas soluções que respondem às necessidades e interesses das pessoas envolvidas. Os modelos são fundamentais, orientam o pensamento, a observação e a prática dos profissionais de saúde. Assim, e porque procura implementar um comportamento promotor de saúde nos participantes, o modelo de promoção da saúde de Nola Pender, pareceu ser o mais indicado para orientar as intervenções deste projeto para a prevenção da diabetes tipo 2 e modificação de comportamentos de saúde.

Este modelo tem como objetivo ajudar os enfermeiros a compreender os principais determinantes dos comportamentos de saúde como base para o aconselhamento comportamental para promover estilos de vida saudáveis, o que se adapta totalmente a um dos objetivos do estudo. Segundo Victor, Lopes e Ximenes (2005, pág. 237) o modelo serve como um guia para explorar o complexo processo biopsicossocial que motiva indivíduos para se envolverem em comportamentos produtores de saúde. Permite avaliar o comportamento que leva à promoção da saúde, pelo estudo da Inter-relação de três pontos principais: as características e experiências individuais; os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar; o comportamento de promoção da saúde desejável. A autora utilizou como bases teóricas para a construção do modelo a teoria do valor da expectativa (os indivíduos envolvem-se em ações para atingir metas que são percebidas como possíveis e que resultam em resultados valiosos) e teoria da aprendizagem social (pensamentos, comportamentos e interação do meio ambiente: para alterar o modo como se comportam devem alterar o modo como pensam).

No processo de promoção de comportamentos de saúde, a mudança ocorre quando no processo de educação para a saúde, os interesses e necessidades do indivíduo, família e comunidade são valorizados, envolvendo-os como sujeitos ativos e participantes. É necessário que o indivíduo sinta algum tipo de poder e influência, pois só desta forma será capaz de se aperceber que o seu investimento pessoal se traduzirá num ganho para a sua saúde e para ter uma participação ativa na comunidade da qual faz parte.

2. METODOLOGIA

A intervenção comunitária realizada foi suportada pela metodologia do planeamento em saúde.

Imperatori e Giraldes (1993, pág. 23) definem planeamento em saúde como a racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários setores socioeconómicos.

O processo de planeamento em saúde é um processo auxiliador na tomada de decisão que permite uma racionalização na aplicação dos recursos de saúde. Uma das razões para se planear em saúde, é a necessidade de intervir nas causas dos problemas e não intervir no problema de forma pontual (pág. 26). Assim, e segundo Imperatori e Giraldes (1993, pág. 28), o planeamento da saúde deve ser entendido como um processo contínuo e dinâmico, constituído por várias etapas: diagnóstico de situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução e avaliação. Nunes (2016, pág.29) refere que o planeamento é um processo que exige uma metodologia lógica e racional, que não se faz de uma só vez, ou ao acaso. É necessário construí-lo passo a passo, vencendo cada etapa antes de passar à seguinte.

Ao longo deste capítulo apresentamos a descrição de cada etapa do processo de planeamento em saúde conforme decorreu na consecução da intervenção de enfermagem comunitária.

2.1 - Diagnóstico da situação de saúde

O diagnóstico de situação é a primeira e uma das fases primordiais do processo de planeamento em saúde, e servirá de base para a aplicação da metodologia do planeamento em saúde. No diagnóstico de situação identificam-se os problemas e determinam-se as necessidades de saúde na área em estudo, sendo imprescindível proceder a um levantamento destes e assim obter um conhecimento efetivo da população (Tavares, 1990). *“Não se pode decidir até onde se quer chegar se não se souber onde se está”* (Nunes, 2016, pág.30). Só a partir da definição do diagnóstico é possível começar a atuação no processo de intervenção. O diagnóstico é o ponto a partir do qual mediremos o avanço alcançado com as nossas atividades.

Deve ter como principais características, ser suficientemente alargado aos setores económicos e sociais, por forma a permitir identificar os principais problemas de saúde e respetivos fatores condicionantes, suficientemente aprofundado para explicar as causas desses problemas e, fundamentalmente, sucinto e claro para ser facilmente lido e apreendido por todos (Imperatório e Giraldes, 1993, pág. 28).

Para o diagnóstico da situação deste estudo, foi selecionado como instrumento de colheita de dados de base a ficha de risco de desenvolvimento da DM tipo 2 da DGS (Circular Normativa N.º 23/DSCS/DPCD de 14/11/2007), constituído por 8 variáveis: idade, índice de massa corporal (IMC), perímetro abdominal(PA), prática de atividade física, ingestão de vegetais e/ou fruta, toma regular de medicação para hipertensão arterial, episódio anterior de hiperglicemia e historia familiar de diabetes (Anexo I). Como complemento para a caracterização da população em estudo, elaborámos um questionário constituído por quatro partes: parte 1 - parâmetros antropométricos (glicémia capilar ocasional, peso, altura, IMC, PA); parte 2 - caracterização sociodemográfica e antecedentes pessoais (idade, sexo, raça/etnia, país de origem, tempo de permanência em Portugal, estado civil, nível de escolaridade, situação profissional, modo de deslocação ao centro de saúde, familiares com diabetes tipo 2); parte 3 - ficha de avaliação do risco de DM2 da DGS e parte 4 - caracterização dos estilos de vida (hábitos tabágicos, alterações na mastigação ou deglutição, nº de refeições diárias, modo de confeção dos alimentos, hábitos alimentares mais frequentes, limitações que possam influenciar a AF, regularidade da prática de AF, trabalho por turnos e alterações na comunicação). (Apêndice II).

Realizar o diagnóstico de saúde de uma comunidade com base na metodologia do planeamento em saúde é de acordo com a OE (2010), uma das competências específicas do enfermeiro especialista em saúde comunitária, assim como contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades, integrando e coordenando programas de saúde de âmbito comunitário na consecução dos objetivos do PNS.

2.1.1 - Contextualização do local de intervenção

Este projeto foi desenvolvido durante o estágio que decorreu entre 26 de setembro de 2017 a 09 de fevereiro de 2018, na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do Seixal, do Agrupamento de Centros de Saúde Almada-Seixal (ACES AS).

Sendo esta uma de duas UCC deste ACES, optei pela do Seixal devido à sua localização e aos diversos projetos que tem na comunidade na sua área de influência. Esta unidade é constituída por uma equipa multidisciplinar, que tem como área de intervenção geodemografia o concelho do Seixal, incluindo as freguesias da Amora, Corroios, Fernão Ferro, e a União das Freguesias de Arrentela, Seixal e Paio Pires, abrangendo cerca de 181.366 cidadãos residentes definitiva ou temporariamente. Tem vários projetos na comunidade, na promoção da saúde da população residente em vários bairros sociais, nas diversas escolas do concelho, em parceria com instituições de apoio a idosos, na formação dos cuidadores informais de idosos e crianças, na população vulnerável.

O município do Seixal abarca uma área de 95,72 Km², com uma densidade populacional de 1.653,53 habitantes por km², e divide-se administrativamente em 4 freguesias: Amora, Corroios, Fernão Ferro e união das freguesias de Seixal, Arrentela, Aldeia de Paio Pires. (Fonte INE, censos 2011 e DSS da CMS 2015).

Dessas quatro freguesias do Concelho do Seixal, a freguesia de Corroios é a que tem mais população na faixa etária dos 20 aos 39 anos num total de 14.107 habitantes, 29,6% da freguesia. É também a freguesia com maior peso percentual de população em idade ativa (64,39%). Santa Marta de Corroios, tem um total de 814 habitantes, 398 Homens e 416 Mulheres (INE, Censos 2011).

Escolhemos como local de intervenção o bairro de Santa Marta de Corroios, na freguesia de Corroios, pelo perfil epidemiológico que apresenta. É um dos bairros abrangidos pelo projeto da UCC “Saúde sobre rodas- intervenção comunitária” com recurso à unidade móvel. Trata-se de uma população considerada vulnerável, composta maioritariamente por imigrantes, em que mais de 95% são de origem Africana. Segundo dados estatísticos da UCC de 2016, cerca de 72 das famílias são seguidas pela unidade móvel da UCC, num total de 232 indivíduos, dos quais, 222 são Africanos. 65,5% da população total é adulta, e destes 41,6% do género masculino e 58,4% do género feminino. Quanto à acessibilidade aos cuidados de saúde primários, mais de 50% desta população inscrita no centro de saúde não tem médico de família (56,89%) e existem cerca de 13,36% que por situação irregular não tem nenhuma inscrição nas unidades de cuidados de saúde primários. População com baixo nível socioeconómico, em que cerca de 583 pessoas têm apoio social, 46

famílias recebe o rendimento social de inserção (Dados 2017, fornecidos pelo Centro Comunitário da Santa Casa Misericórdia, que dá apoio à população do bairro).

2.1.2 - População, população-alvo e amostra

Definiu-se como população os habitantes do Bairro de Santa Marta de Corroios. Segundo Fortin (2009, pág. 576.), a população compreende todos os elementos (indivíduos, objetos) definidos em função de critérios precisos com vista a serem incluídos num estudo.

A população particular que é submetida a um estudo é a chamada população alvo. Fortin (2009, pág.311), define população alvo como grupo de pessoas ou de elementos que têm características comuns, que satisfazem os critérios de seleção previamente definidos e que permitem fazer generalizações. Mas a população que está ao alcance do investigador, é parte da população alvo, ao qual Fortin define como população acessível. Assim, temos como população alvo todos os adultos dos 20 aos 40 anos, abrangidos pelo projeto da UCC “Saúde sobre rodas-intervenção comunitária” com recurso à unidade móvel, constituindo um total de 119 pessoas, 50 do sexo masculino e 69 do sexo feminino.

A seleção da faixa etária 20 aos 40 anos, deveu-se ao facto de estar definido como idade média de diagnóstico de diabetes tipo 2 a idade dos 45 anos se europeus e 35 anos se de outra origem/região do mundo, segundo Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (PNPCD, 2008). Assim esta faixa etária abrange aqueles em risco de desenvolver DM tipo 2 nos próximos 10 anos, logo inclui aqueles para quem a prevenção é viável. Uma vez que o risco está calculado para os próximos 10 anos, segundo a mesma norma, e o nosso objetivo é a prevenção dos riscos de desenvolver a doença.

A amostra é o subconjunto de elementos retirados da população, ou segundo Fortin (2009, pág. 55), é a fração da população que constitui o objeto do estudo. A amostra do estudo é constituída por todos os adultos dos 20 aos 40 anos que se encontraram no bairro no período de aplicação do questionário, que aceitaram participar no estudo e que cumpriam os critérios de inclusão definidos. A técnica de amostragem deste estudo é não probabilística, amostragem por conveniência, constituída por indivíduos de fácil acesso e que respondem a critérios de inclusão

precisos. Esta técnica de amostragem não é representativa da população, porque não ser aleatória, o que não permite a generalização dos resultados.

A amostragem é o procedimento pelo qual um grupo de pessoas ou um subconjunto de uma população é escolhido de maneira a representar uma população inteira (Fortin, 2009, pág. 312).

Foram definidos como critérios de inclusão no estudo, ser morador no bairro de Santa Marta de Corroios, adultos com idades compreendidas entre os 20 e os 40 anos independentemente do sexo; abrangidos pelo projeto da UCC “Saúde sobre rodas-intervenção comunitária”, sem diagnóstico de Diabetes Mellitus e que aceitassem participar voluntariamente no estudo.

População: Moradores no bairro social de Santa Marta de Corroios

População-alvo: adultos dos 20 aos 40 anos de idade

Amostra: 50 participantes que se encontravam no bairro no período de colheita de dados, e que aceitaram responder ao questionário. A amostra limitou-se a 50 participantes por ter havido pouca colaboração por parte dos moradores do bairro. Muitos mostraram-se renitentes em participar no estudo, alguns recusaram-se a participar. Para conseguir os 50 participantes foi necessária deslocação ao bairro em diversas ocasiões, vários horários diferentes, inclusive ao fim de semana de modo a abranger a população trabalhadora.

2.1.3 - Técnicas e procedimentos de recolha de dados

A colheita de dados é a fase inicial de qualquer estudo, e efetua-se segundo um plano pré-estabelecido. Segundo Fortin (2009) é a colheita sistemática de informação junto dos participantes, com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos. Como instrumento de colheita de dados foi utilizado um questionário tendo como base a ficha de risco de desenvolvimento da DM tipo2 da DGS (Circular Normativa N.º 23/DSCS/DPCD de 14/11/2007). Por se tratar de uma norma da DGS, não foi necessário solicitar autorização para a sua utilização. Aos participantes foi pedido autorização por escrito, com entrega do consentimento informado, em duplicado, com explicação da natureza do estudo e pedindo a sua participação. Após leitura e assinatura do consentimento informado, os participantes devolveram um exemplar assinado, antes do preenchimento do questionário.

A recolha de dados foi realizada no bairro de Santa Marta de Corroios no período compreendido entre 26 setembro e 13 outubro 2017, em diversas ocasiões.

Os questionários foram preenchidos por administração indireta, ou seja, foram preenchidos pelo investigador, após assinatura do consentimento informado, na presença da pessoa. O preenchimento do questionário demorou em média 10 minutos.

Para a operacionalização da recolha de dados, foram necessários diversos acessórios:

- Para obtenção do peso, foi utilizada uma balança analógica marca “Seca”, calibrada do início da coleta, com escala de 1 Kg., colocada numa superfície plana e firme, com o ponteiro no zero, a pessoa descalça e apenas com roupa leve, mas sem qualquer acessório (como exemplos, relógio, cinto, colar, pulseira), na posição ortostática;
- Para avaliação da estatura, foi utilizada uma fita métrica com escala de 1cm, ajustada verticalmente numa parede. O utente descalço ou com meias, com os pés unidos e cabeça no plano, manteve contacto com o instrumento de medida com as superfícies posteriores do calcanhar, cintura pélvica, e região occipital;
- O perímetro abdominal foi avaliado com uma fita métrica específica para a medição de perímetros com escalas de 0,1cm. A medição foi efetuada diretamente sobre a pele, 2 cm acima das cristas ilíacas e passando pelo umbigo. Após a primeira medida o processo foi repetido, tendo sido utilizada a média das duas medidas;
- O IMC foi calculado através do $\text{peso(Kg)} / (\text{altura em cm})^2$, tendo sido considerado o peso e a altura, utilizada a tabela de avaliação do índice de massa corporal da DGS (Anexo II);
- A determinação da glicémia capilar, foi efetuada utilizando um medidor de glicémia “Glucomen Areo”, utilizando o mesmo medidor para todas as determinações. Este foi calibrado previamente.

Tratou-se de um estudo descritivo, exploratório e transversal, que visava obter informações e caracterizar a população em estudo, naquele momento. O estudo descritivo implica a descrição completa de um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características da totalidade ou de uma parte desta mesma população. Segundo Fortin (2009, pág.237), “o estudo comporta o reconhecimento do

fenómeno a estudar, a determinação do ou dos conceitos que se reportam a este fenómeno e a elaboração de definições conceptuais das variáveis”. Neste caso, consiste em explorar e descrever os fatores de risco da população em estudo relacionados com o fenómeno DM2.

Para a realização deste estudo, considerou-se um conjunto de variáveis necessárias e fundamentais para o tratamento estatístico dos dados (Apêndice III).

A definição das variáveis deste estudo foi orientada pelo cálculo do risco de desenvolver diabetes tipo 2 num espaço temporal de 10 anos, baseado num *score*, que derivam dum conjunto de dados da ficha de avaliação de risco de diabetes tipo 2, e outros dados de caracterização da população em estudo. Assim, e de acordo com esta classificação definiu-se como variável dependente o risco de desenvolver diabetes mellitus tipo 2, num espaço temporal de 10 anos.

Seguindo a linha de orientação da DGS, consideramos a subdivisão do risco de vir a ter diabetes tipo 2 num espaço temporal de 10 anos, em:

- Baixo (< 7), calcula-se que 1 em 100 desenvolverá a doença;
- Sensivelmente elevado (7-11), calcula-se que 1 em 25 desenvolverá a doença;
- Moderado (12-14), calcula-se que 1 em 6 desenvolverá a doença;
- Alto (15-20), calcula-se que 1 em 3 desenvolverá a doença;
- Muito alto (> 20), calcula-se que 1 em 2 desenvolverá a doença.

A operacionalização da variável dependente, implicou a avaliação de: peso; altura, índice de massa corporal, perímetro abdominal, glicémia ocasional, prática atividade física, consumo vegetais/fruta, toma de medicação anti-hipertensiva, hiperglicemia anterior, familiar com antecedentes de DM.

Para a caracterização dos participantes, consideraram-se as variáveis sociodemográficas: idade, sexo, etnia/raça, país de origem, tempo de permanência em Portugal, estado civil, escolaridade, situação profissional, modo de deslocação ao centro de saúde.

Os questionários foram codificados e posteriormente os dados foram introduzidos numa base de dados e tratados estatisticamente recorrendo aos programas *Statistical Program for Social Sciences* (SPSS), versão 24 e Excel 2016.

Para a análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva tais como a distribuição de frequências, as medidas de tendência central (média, moda e mediana) e medidas de dispersão (desvio padrão). Foi também utilizada a análise de correlação

para medir a relação entre variáveis e determinar o grau de associação entre elas. Utilizamos o coeficiente de correlação de Spearman (*rho*), por ser o mais adequado em estudos em que as variáveis são ordinais ou nominais e são utilizados testes não paramétricos (não são baseados nos princípios da distribuição normal das variáveis) como é o caso do nosso estudo, em que a amostra é acidental, não é representativa da população, logo não se pode fazer inferência. “O coeficiente de correlação que aparece relatado mais frequentemente é o chamado *r* de Pearson, que associa duas variáveis contínuas. Existem também outros índices que relacionam outros tipos de variáveis. Como exemplo, aponte-se o *r* de Spearman, que relaciona escalas ordinais (Azevedo, 2003, pág. 121).

2.1.4 - Apresentação e análise dos resultados

A análise dos dados permite produzir resultados que podem ser interpretados pelo investigador. Estes são analisados segundo se trata de explorar ou de descrever os fenómenos, ou de verificar relação entre variáveis. “Os resultados são as informações numéricas que resultam da análise estatística dos dados recolhidos junto dos participantes com a ajuda de instrumentos de medida” (Fortin, 2009, pág.473).

Uma vez colhidos e resumidos os dados, a etapa seguinte consiste em apresentar os resultados num texto seguido com a ajuda de gráficos e tabelas resultantes dos dados obtidos.

Nesta análise foram tidos em consideração e apresentados os dados mais relevantes para a caracterização da população em estudo e realização do diagnóstico de situação de saúde da população. A totalidade dos dados da caracterização da amostra são apresentados em tabelas, em apêndice (Apêndice IV).

Gráfico 1 - Distribuição dos participantes segundo o **Sexo**

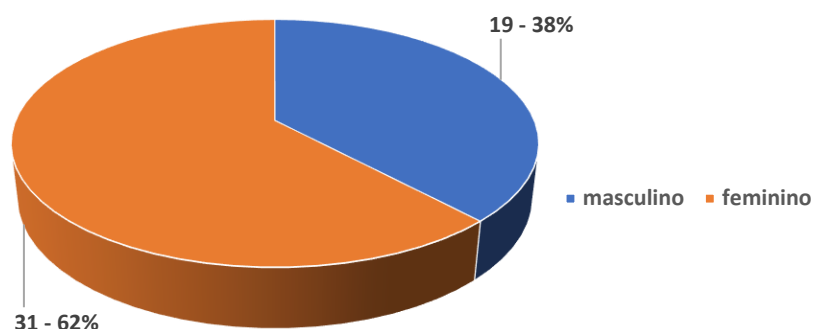
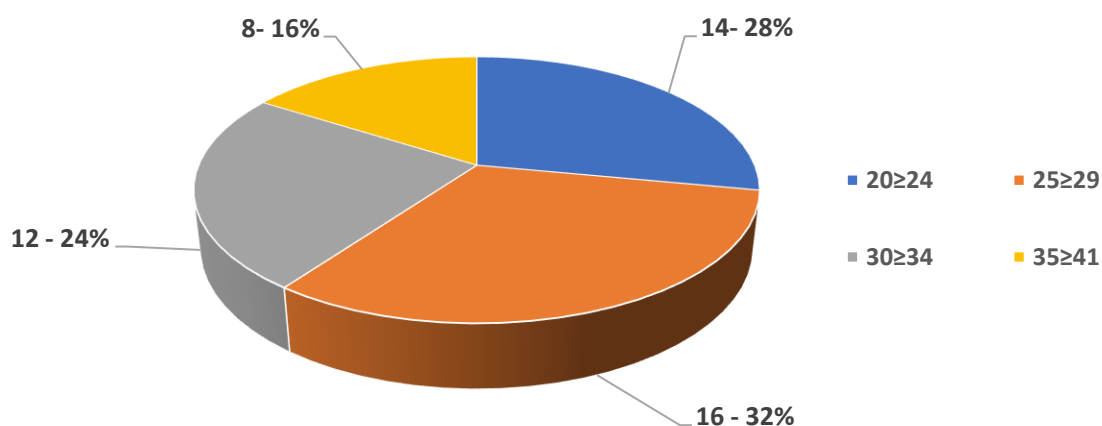


Gráfico 2 - Distribuição dos participantes segundo a **idade**



O sexo é uma variável qualitativa nominal, avaliada por uma escala nominal, enquanto a idade é uma variável quantitativa, avaliada por uma escala intervalar. A população é maioritariamente constituída pelo sexo feminino, 62%, e está na sua maioria situada na faixa etária dos [20- 29] anos (60%). A média de idades é de 28,06 anos (mediana 28 anos, moda 22 anos e desvio padrão de 5,419).

Gráfico 3 – Distribuição dos participantes segundo o **país de origem**

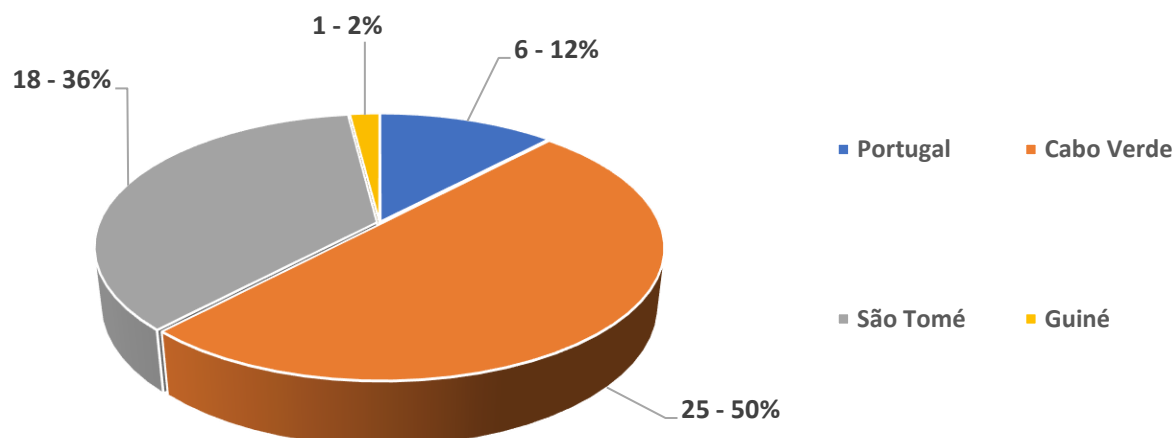
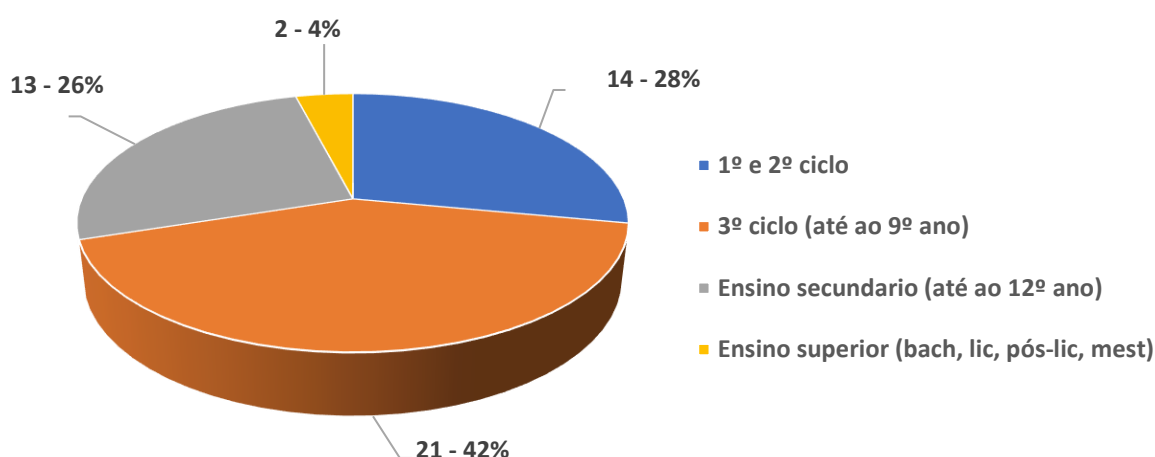


Gráfico 4 – Distribuição dos participantes segundo o **nível de escolaridade**



Quanto ao país de origem, variável qualitativa nominal, 88% dos participantes são de origem africana, maioritariamente de Cabo Verde (50%). Trata-se de uma população de imigrantes, muitos deles em situação irregular no país, sem autorização de residência, alguns sem inscrição nos cuidados de saúde primários, o que leva a que não tenham uma vigilância de saúde adequada. Quanto ao nível de escolaridade, 42% dos participantes refere ter o 3º ciclo de escolaridade. Apenas 4% tem ensino nível superior. Trata-se de uma variável qualitativa, ordinal.

Gráfico 5 – Distribuição dos participantes segundo **situação profissional**

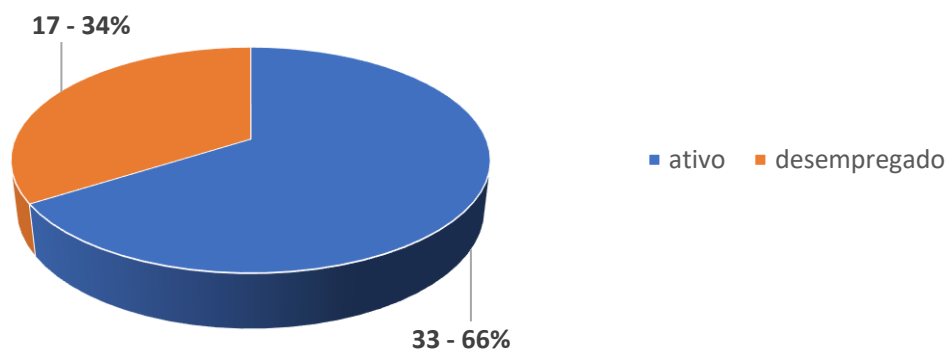
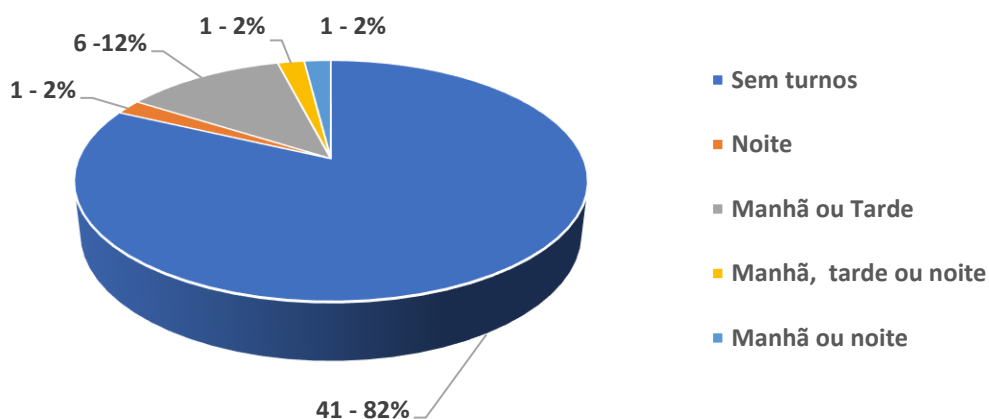


Gráfico 6 - Distribuição dos participantes segundo **trabalho por turnos**

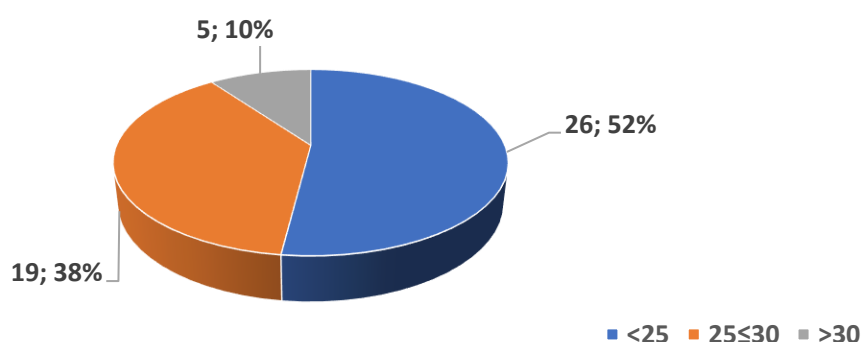


Relativamente à situação profissional, a maioria, 66% está profissionalmente ativo. Apenas 18% dos participantes refere trabalhar por turnos, sendo a maioria, 12%, manhãs ou tardes.

Tabela 1 - Caracterização Antropométrica dos participantes

	Mínimo	Máximo	Moda	Média	Desvio Padrão
IMC	17	37	27	24,66	4,552
PA	69	122	75	84,62	11,402

Gráfico 7 - Distribuição dos participantes segundo IMC



No que diz respeito aos **parâmetros antropométricos** dos participantes, apresentamos na tabela 1, os parâmetros das variáveis consideradas mais relevante para os resultados.

A conjugação do peso com a altura dos participantes permitiu calcular o IMC utilizando a fórmula $\text{peso (Kg)} / (\text{altura em cm})^2$. O IMC é uma variável quantitativa intervalar, e foi categorizada segundo os valores de referência apresentados pela DGS: peso normal ($< 25 \text{ Kg/m}^2$), excesso de peso corporal ($25\text{-}30 \text{ Kg/m}^2$) e obesidade ($> 30 \text{ kg/m}^2$). Relativamente ao índice de massa corporal dos participantes, variou entre um mínimo de 17 e um máximo de 37, com uma média de 24,66, moda 27 e um desvio padrão de 4,552. Constata-se que a maioria dos participantes (52%) tem um IMC de nível normal, estando os restantes 48% entre o nível de **excesso de peso** e o nível de **obesidade**. Ao relacionar o IMC com o sexo, verificamos que dos participantes com nível obesidade ($> 30 \text{ kg/m}^2$), apenas um é do sexo masculino, sendo os restantes do sexo feminino.

Segundo dados do OND (2016), a prevalência da Diabetes nas pessoas obesas ($\text{IMC} \geq 30$) é cerca de quatro vezes maior do que nas pessoas com IMC normal ($\text{IMC} < 25$).

Tabela 2 - Caracterização dos participantes segundo o perímetro abdominal e o sexo

SEXO	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
PERÍMETRO ABDOMINAL	n	Fr	n	Fr	n	Fr
BAIXO RISCO						
♂ < 94CM ♀ <80 CM	15	78,9%	11	35,3%	26	52%
RISCO MODERADO						
♂ 94-102 CM ♀ 80-88 CM	4	21,1%	9	29%	13	26%
RISCO ELEVADO						
♂ >102 CM ♀ >88 CM	0	0%	11	35,5	11	22%
TOTAL	19	100%	31	100%	50	100%

Quanto ao **perímetro abdominal**, é uma variável quantitativa, avaliada numa escala intervalar. O **PA** dos utentes foi categorizado para os homens em normal (< 94cm), risco aumentado (\geq 94-102cm), e risco muito aumentado (>102cm); e para as mulheres em normal (< 80cm), risco aumentado (\geq 80-88cm), e risco muito aumentado (\geq 88cm); tendo em conta os valores de referência apresentados pela DGS na plataforma da obesidade.

O PA dos participantes oscilou entre um mínimo de 68 cm e um máximo de 122 cm, com uma média de 84,62 cm e um desvio padrão de 11,402 cm. Ao relacionar o PA com o sexo, verifica-se que 65% das participantes do sexo feminino tem **risco moderado** (29%) **a elevado** (35,5%) de desenvolver complicações metabólicas (Tabela 2).

Perante esta situação de IMC elevado entre os participantes do sexo feminino, e sendo o Perímetro abdominal um dos fatores de risco preconizado pela DGS ao desenvolvimento da diabetes tipo2, surge a necessidade de diminuir este fator de risco entre os participantes do sexo feminino, sendo para tal necessário intervir ao nível do peso corporal. O controlo do peso, mantendo-o num valor dentro do recomendado, é fundamental para prevenir o desenvolvimento de diabetes.

Gráfico 8 – Distribuição da amostra segundo a **prática diária de atividade física**, 30 minutos, incluindo AVD's

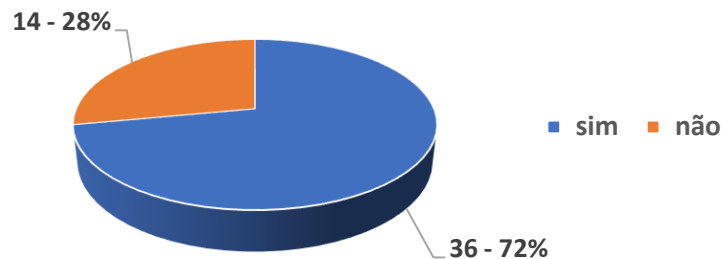
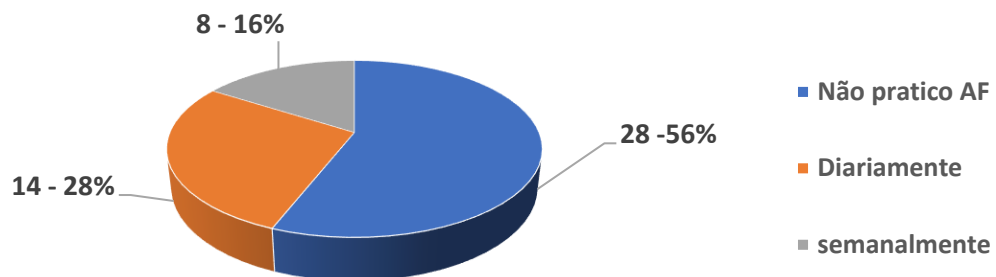


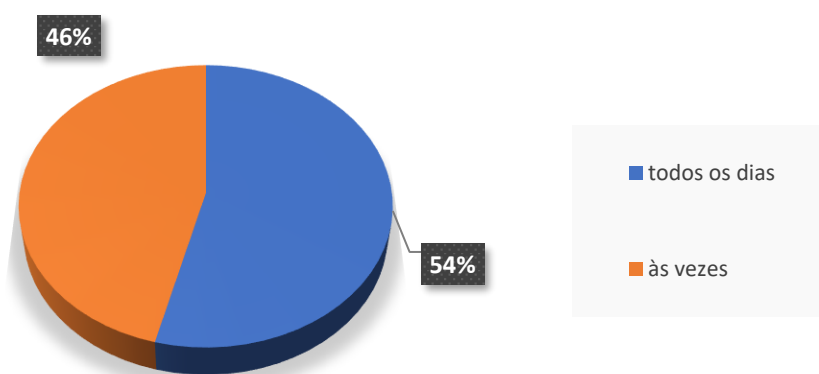
Gráfico 9 – Distribuição da amostra segundo a **frequência da prática de atividade física**



A **prática de atividade física** é uma variável qualitativa, nominal. A categorização desta variável distribui-se por se praticar/ou não diariamente, atividade física pelo menos durante 30 minutos no trabalho ou durante os tempos livres (incluindo atividades da vida diária). Ao analisar os dados relativamente à prática de atividade física, verificou-se que 72% refere que pratica pelo menos 30 minutos de atividade física no trabalho ou durante o tempo livre (incluindo atividades de vida diária) por dia, e apenas 28% nega. Mas quando questionados com que regularidade praticam atividade física, **56% refere que não pratica atividade física para além das atividades de vida diária**. 28% referiu praticar atividade física diariamente e 16% refere praticar semanalmente. A maioria refere manter um estilo de vida sedentário.

Verifica-se também que a prática diária de atividade física é mais frequente nas mulheres (44%) do que nos homens (28%).

Sendo a ausência da prática de atividade física um dos fatores de risco de desenvolvimento da diabetes tipo 2, é fundamental educar a população para a importância da atividade física na prevenção da diabetes tipo 2.

Gráfico 10 – Distribuição da amostra segundo **ingestão de vegetais e/ou fruta**Tabela 3 - Distribuição da amostra segundo a **frequência da ingestão de vegetais e fruta**

	VEGETAIS		FRUTA	
	n	Fr	n	Fr
NÃO INGERE	3	6,0	4	8,0
DIARIAMENTE	21	42,0	27	54,0
SEMANALMENTE	26	52,0	19	38,0
TOTAL	50	100%	50	100%

A avaliação dos **hábitos alimentares** (variável qualitativa nominal) foi efetuada por meio de uma questão relativa **a regularidade do consumo de vegetais e/ou fruta**. A categorização desta variável foi subdividida: todos os dias; às vezes, e o resultado apresenta-se no gráfico 10. Apenas 54% refere consumir **todos os dias** e 46% **às vezes**. Quando questionados sobre a ingestão de frutas e legumes separadamente, apenas 42% refere ingerir vegetais todos os dias e **apenas 54% ingere fruta diariamente**. Verifica-se um défice de conhecimento sobre uma alimentação variada e adequada e a ausência do consumo destes grupos alimentares diariamente. Sendo este outro dos fatores de risco de diabetes tipo 2 torna-se fundamental educar a população para a adesão a uma alimentação saudável e variada.

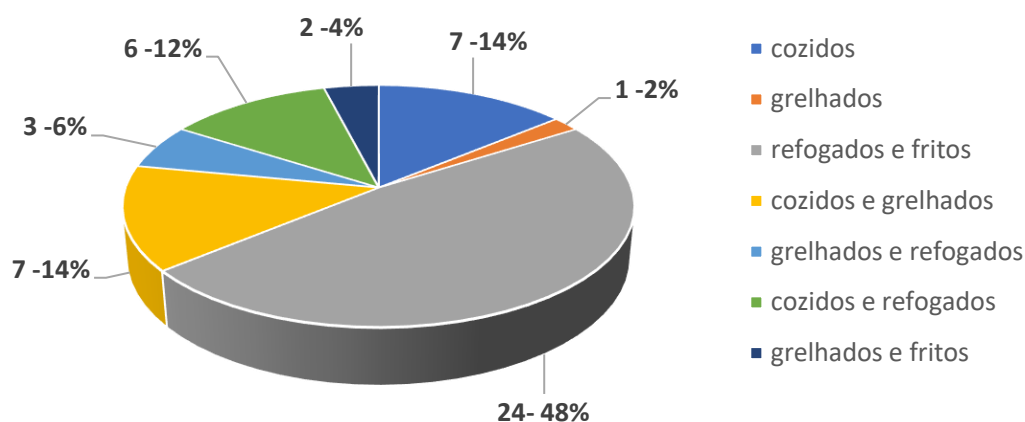
Gráfico 11 - Distribuição dos participantes segundo o **modo de confeção dos alimentos**.

Tabela 4 - Caracterização dos participantes segundo hábitos alimentares mais frequentes e frequência do consumo.

	PEIXE		CARNE		VEGETAIS		FRUTA		PÃO		FAST FOOD		DOCES	
	n	Fr	n	Fr	n	Fr	n	Fr	n	Fr	n	Fr	n	Fr
NÃO INGERE	4	8,0	0	0	3	6,0	4	8,0	2	4,0	10	20,0	8	16,0
DIARIAMENTE	5	10,0	41	82,0	21	42,0	27	54,0	37	74,0	4	8,0	12	24,0
SEMANALMENTE	33	66,0	9	18,0	26	52,0	19	38,0	10	20,0	19	38,0	23	46,0
MENSALMENTE	8	16,0	0	0	0	0	0	0	1	2,0	17	34,0	7	14,0
TOTAL	50	100%	50	100%	50	100%	50	100%	50	100%	50	100%	50	100%

Relativamente ao modo mais frequente de confeção dos alimentos, verificou-se que das respostas dadas, apenas 26% refere fazer alimentos grelhados, tendo a maioria, **66%**, incluído **refogados** na sua resposta, seguido de 40% que come alimentos cozidos. **52%** dos participantes, referiu comer entre outros, **fritos**.

Relativamente ao consumo de alimentos mais frequentes, é apresentado o resultado na tabela 4. Podemos verificar que 82% dos participantes refere comer carne todos os dias e 66% come peixe apenas semanalmente. No que diz respeito

aos vegetais, só 42% refere comer diariamente, assim como 54% refere comer fruta diariamente.

Realizam um número insuficiente de refeições diárias, com apenas 4% dos participantes a fazer mais de cinco refeições por dia, com 18% a referir fazer menos de três refeições por dia.

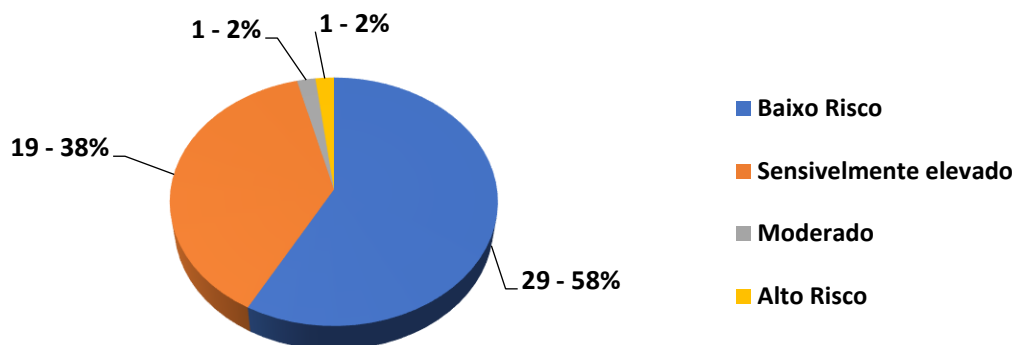
Os principais erros diagnosticados a nível da alimentação foi o baixo consumo de fruta e vegetais, bem como a manutenção de uma alimentação pouco fracionada e pouco variada. Pode-se considerar que a maioria dos participantes não segue um padrão alimentar dentro do que é recomendado, existindo uma alimentação pouco adequada, o que pode levar a aumento de peso corporal e perímetro abdominal e respetivo aumento do risco de DM 2. Sendo a ingestão de vegetais e/ou fruta um dos pontos considerados na ficha de risco da DGS para a avaliação do risco de desenvolvimento da DM 2, torna-se necessário o ensino sobre a importância da sua ingestão diária, e a sua integração para uma alimentação saudável.

Quando questionados sobre **familiares com diabetes**, 64% referiu **que sim** e dos que responderam de forma afirmativa, quando se perguntou o grau de parentesco, 70% referiu avós e tios e 30% referiu pais.

No que diz respeito à questão sobre toma de **medicação para hipertensão arterial**, e sobre **hiperglicemias anteriores**, 100% dos participantes responderam que não a ambas as questões, ou seja, nenhum dos participantes toma ou tomou medicação para a hipertensão nem teve antecedentes de valores elevados de glicémia anteriormente.

Na determinação da **glicémia capilar** ocasional, variável quantitativa, avaliada numa escala intervalar, foram considerados os parâmetros estabelecidos pelas *guidelines* do diagnóstico da Diabetes da DGS (Norma DGS N.º 002/2011, de 14/01/2011), considerando-se: glicémia em jejum <126 mg/dl e glicémia em jejum ≥126mg/dl ou glicémia ocasional, tendo em atenção a hora da última ingestão alimentar. Verificou-se que nenhum dos participantes apresentaram valores de glicémia acima do normal, tendo sido o valor mínimo 69 mg/dl e o valor máximo 131 mg/dl, pós-prandial. Apresentaram uma glicémia média de 96,86 mg/dl, uma moda de 79 mg/dl, com um desvio padrão de 15,455.

Gráfico 12- Distribuição dos participantes segundo o risco de desenvolver DM2



Quanto à caracterização dos participantes segundo o **nível de desenvolver DM2** utilizando o *score* da ficha de avaliação da DGS, verificou-se que a maior parte, 58% apresenta baixo risco, 38% apresenta um risco sensivelmente elevado, apenas um dos participantes (2%) apresenta risco moderado e um (2%) apresenta alto risco. Constatou-se que dos participantes que apresentam risco sensivelmente elevado, 84% são do sexo feminino e 16% do sexo masculino. Três participantes do sexo feminino (16%) apresentam obesidade e risco muito aumentado relacionado com o perímetro abdominal. Nenhum destes 3 participantes tem familiares com antecedentes de diabetes, estando o risco diretamente relacionado com a obesidade (IMC e PA). Dos participantes com risco sensivelmente elevado, 63% tem excesso de peso e perímetro abdominal com risco aumentado ou muito aumentado. Relativamente os familiares com diabetes, 84% tem um familiar com antecedentes de DM. Os participantes com risco moderado e alto risco, para além de obesidade e risco aumentado de PA, tem familiares de grau 1 com antecedentes de DM.

Na análise dos dados, também foram encontradas correlações de Spearman, estatisticamente significativas entre algumas variáveis:

- Correlação significativa e positiva entre o IMC e o peso ($\rho = 0,770$; $p < 0,01$; $n=50$); quanto maior o peso, maior IMC;
- Correlação significativa e positiva entre o PA e o peso ($\rho = 0,735$; $p < 0,01$; $n=50$); quanto maior o peso, maior o PA.
- Correlação significativa e positiva entre o IMC e o PA ($\rho = 0,847$; $p < 0,01$; $n=50$); quanto maior o PA, maior o IMC.

- Correlação significativa e positiva entre o Nível de risco de DM2 e o IMC ($\rho=0,645$; $p < 0,01$; $n=50$); quanto maior o IMC, maior o nível de risco de DM2.
- Correlação significativa e positiva entre o nível de risco de DM2 e o PA ($\rho=0,646$; $p < 0,01$; $n=50$); quanto maior o PA, maior o nível de risco de DM2.

A correlação entre duas variáveis, que estão assumidamente associadas, como é o caso do peso, IMC e PA, aumenta quando na amostra existem valores extremos das variáveis associadas, ou seja, a grandeza da correlação é sensível à grandeza da amplitude das variáveis em análise (Azevedo, 2003). As correlações são consideradas como baixas, médias ou elevadas, se ρ respetivamente, abaixo de 0,30, entre 0,30 e 0,70 e acima de 0,70.

De acordo com os resultados, consideram-se como diagnósticos de situação de saúde, sobre os quais se pretende intervir:

- IMC alterado (57,1% dos participantes com risco tem excesso de peso e 24% obesidade);
- Perímetro abdominal alterado (52% dos participantes com risco tem risco moderado e 43% risco elevado);
- Baixa prática de atividade física;
- Irregularidade do consumo de vegetais e/ou fruta;
- Refeições pouco fracionadas.

Durante o desenvolvimento do diagnóstico de situação de saúde foi notório a falta de informação sobre a patologia da diabetes e os seus fatores de risco.

A evidência sobre a possibilidade de prevenção da diabetes é categórica, no entanto também é conhecida a dificuldade da adesão das pessoas a mudanças de estilos de vida.

Torna-se necessário que o enfermeiro tenha um papel de caráter educativo e interventivo no sentido de procurar sensibilizar as pessoas para a vigilância do seu estado de saúde, promover a adoção de hábitos de vida saudável e a prevenção de comportamentos de risco.

Segundo a SCML (2014, pág 18) pessoas com fator de risco aumentado para a diabetes devem iniciar um programa de aconselhamento sobre estilos de vida e redução de 5 a 10% do peso corporal e aumentar a atividade física moderada (ex: andar) para pelo menos 150 minutos/ semana. Este tipo de programa pode reduzir a incidência de diabetes em 58%.

2.1.5 - Diagnósticos de Enfermagem

O diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico sobre uma resposta humana a condições de saúde/processos de vida, ou uma vulnerabilidade a tal resposta, de um indivíduo, uma família, um grupo ou uma comunidade (Herdman e Kamitsuru, 2014, pág. 47). Um diagnóstico de enfermagem pode estar relacionado com um problema, com a promoção da saúde ou com um risco potencial.

Para a nomeação dos diagnósticos de enfermagem foi usada a taxonomia de diagnósticos de enfermagem da NANDA. A taxonomia da NANDA existe para desenvolver, aperfeiçoar e promover terminologia que reflita, com precisão, julgamentos clínicos de enfermeiros. Oferece uma maneira de classificar e categorizar áreas que preocupam a enfermagem. Cada diagnóstico inclui um foco de diagnóstico e um descritor ou modificador. Assim, tendo por base estes pressupostos, foram elaborados dois diagnósticos de enfermagem:

Diagnóstico 1 - Déficit de conhecimento sobre alimentação saudável manifestado por alimentação pouco fracionada e baixa ingestão de frutas e vegetais e consequente aumento de peso e perímetro abdominal nos participantes com risco de desenvolver DM2.

Diagnóstico 2 - Déficit de conhecimento sobre importância da prática de atividade física para redução do peso e perímetro abdominal, manifestada por baixa prática de atividade física nos participantes com risco de desenvolver DM2.

2.2 - Definição de Prioridades

A definição de prioridades é a segunda etapa do processo de planejamento em saúde. Após tomar conhecimento da situação de saúde existente deve-se proceder à hierarquização dos problemas diagnosticados. Segundo Nunes (2016, pág. 33) a hierarquização traduz a gravidade dos problemas de saúde da comunidade, dos mais prementes a que urge dar atenção imediata, até àquela cuja resolução pode ser relegada para segundo plano, sem que isso constitua um prejuízo para a saúde da comunidade. Segundo Imperatori e Giraldes (1993, pág. 64) na definição de prioridades dever-se-ão ter em consideração para além do horizonte temporal da intervenção a desenvolver e a área de programação (prioridades nacionais, regionais e distritais). A definição de prioridades não é um processo puramente racional; envolve uma importante componente afetiva, de valores e julgamentos, com a consequente

subjetividade (Imperator e Giraldes, 1993). Por isso, Tavares (1990) refere a importância da existência de um grupo de peritos a debruçar-se sobre a determinação de prioridades, em que deve haver um consenso entre os critérios a adotar e os respetivos pesos, e não se limitem só à experiência e preferências do planificador.

Para a análise dos dois problemas apresentados, foi constituído um grupo de 2 peritos, os quais desempenham funções na área da diabetes e foi considerado o juízo científico emitido pelos dois peritos (apêndice V). Esta classificação foi fundamentada com base no descrito por Benner (2001), quando refere que parte do conhecimento está integrado na prática e no “saber fazer” dos enfermeiros peritos. Um enfermeiro perito é todo aquele enfermeiro que suporta a sua ação a partir da experiência e da compreensão intuitiva das situações. “As experiências concretas passadas guiam as percepções e os atos do perito e permitem-lhe apreender rapidamente a situação” (Benner, 2001, pág. 37). Apesar de serem apenas dois problemas, e haver a capacidade de intervir nos dois, achamos pertinente priorizá-los. Para a priorização dos problemas diagnosticados utilizamos a **grelha de análise** para determinação de prioridades de Pineault e Develuy, referido por Tavares, 1990, pág. 89), tendo em conta a sua objetividade e o contexto da intervenção programada.

A grelha de análise é uma técnica simples de seleção de prioridades, que permite ordenar problemas pela aplicação sucessiva de critérios divididos em categorias dicotómicas. A cada critério atribui-se sucessivamente uma classificação mais (+) ou menos (-), de forma sequencial, o que possibilita progredir na própria grelha através de valores já inscritos na mesma, designados por recomendações, obtendo-se no final o resultado, sendo o 1 resultado máxima prioridade e 16 mínima prioridade

Para realizar uma seleção dos problemas identificados, recorre-se ao uso de critérios, cuja escolha, valorização e peso relativo são uma tarefa importante do grupo de peritos. No entanto, na área da saúde, há três critérios clássicos a ter em conta na seleção de prioridades, definidos pela OMS e utilizados no planeamento em saúde pública: a magnitude (dimensão e consequências), a transcendência (danos ou malefícios que pode causar) e a vulnerabilidade (possibilidade de prevenir, de dar resposta) dos problemas.

Os quatro critérios selecionados pelo grupo e utilizados foram: a importância do problema, a relação entre o problema e o (os) fator (ores) de risco; a capacidade

técnica de resolver o problema e a exequibilidade do projeto ou da intervenção. O grupo reuniu-se e classificou os dois problemas em conjunto (apêndice VI). Tendo em conta para a avaliação da importância do problema a sua magnitude na amostra, no primeiro item foi atribuído + ao problema 2 e – ao problema 1, uma vez que 56% refere que não pratica atividade física para além das atividades de vida diária, e apenas 28% referem praticar atividade física diariamente. Quanto à questão sobre a regularidade do consumo de vegetais e/ou fruta, apenas 54% refere consumir todos os dias e 46% apenas **às vezes**. Quando questionados sobre a ingestão de frutas e legumes separadamente, apenas 42% refere ingerir vegetais todos os dias e apenas 54% ingere fruta diariamente. Também foi tido em consideração a pontuação dada na ficha de risco da DGS para a não prática de atividade física (2 pontos) e a ingestão de frutas e legumes só às vezes (1 ponto). No segundo critério, relação do problema com os fatores de risco, ambos são reconhecidos como fatores de risco de DM2 pelo que foi atribuído pontuação (+) a ambos. Também foi atribuído (+) a ambos no terceiro e quarto critérios, uma vez que a intervenção comunitária foi considerada possível para ambos os problemas tanto em termos de capacidade técnica como em termos de exequibilidade.

Segundo esta técnica de determinação de prioridades, o problema 2 é prioritário em relação ao problema 1. Mas uma vez que foram diagnosticados apenas dois problemas e ambos são fatores de risco importantes, a intervenção irá incidir sobre ambos os problemas.

2.3 - Fixação de Objetivos

Concluídas as fases do diagnóstico de situação e definição dos problemas prioritários a intervir, há que se proceder à fixação dos objetivos a atingir para cada um desses problemas, num determinado período de tempo. (Imperatori e Giraldes, 1993, pág. 77). É uma etapa fundamental, uma vez que só será possível proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a intervenção, se houver uma correta e quantificada fixação de objetivos.

Objetivos bem formulados devem fornecer normas e critérios às atividades; deverão conter critérios com os quais se poderão apreciar o grau e sucesso de um projeto (Tavares, 1990). Nunes (2016), define objetivo como sendo o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível da evolução natural de um problema

que altera a tendência desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto.

A fixação dos objetivos deverá ter em consideração a política subjacente que pode ser traduzida no plano de saúde nacional ou nas declarações públicas dos responsáveis pela política de saúde. Sabemos que a promoção da saúde e, designadamente, de medidas de alimentação saudável, e prática de atividade física, são uma das grandes prioridades do Governo, como tentativa de resposta ao crescente aumento da obesidade e de doenças associadas à alimentação, tais como as doenças cardiovasculares, oncológicas e a diabetes.

Segundo Brazão, Dias e Viegas (2016, pág.1), “as Políticas Saudáveis –um dos quatro eixos estratégicos do Plano Nacional de Saúde – estabelecem que todos devem procurar contribuir para, a criação de condições promotoras e protetoras da saúde e do bem-estar dos cidadãos, bem como assegurar que estes têm acesso a uma informação adequada sobre os alimentos e igual oportunidade de fazer escolhas saudáveis e uma utilização segura dos géneros alimentícios que consomem”. Já a DGS, refere nas Estratégias Nacionais para a Promoção da Atividade Física, da Saúde e do Bem-Estar (2016, pág. 20) que é prioritário consciencializar a população para a importância da atividade física na saúde e a implementação de políticas intersectoriais e multidisciplinares que visem a diminuição do sedentarismo e o aumento dos níveis de atividade física.

Assim, esta intervenção comunitária tem como **objetivo geral**:

- **Promover comportamentos saudáveis para a prevenção de DM2, através da prática regular da atividade física e de uma alimentação saudável, no adulto dos 20 aos 40 anos do bairro de Santa Marta, de outubro 2017 a fevereiro 2018.**

Os **objetivos operacionais** surgem decorrentes do objetivo geral, e são fundamentais para que haja uma boa gestão de um projeto. Refletem a dinâmica da própria equipa de trabalho, definindo as atividades e os resultados pretendidos com a sua execução.

Objetivos operacionais:

1. Informar os participantes com risco de DM2 e IMC > 30 sobre os fatores de risco de desenvolvimento de DM2 e importância do seu controlo;

2. Identificar comportamentos incorretos relativamente aos hábitos alimentares e prática de atividade física nos participantes com risco de DM2 e IMC>30;
3. Aumentar os conhecimentos da população adulta dos 20 aos 40 anos do bairro de Santa Marta de Corroios acerca da alimentação saudável e da prática de atividade física regular na prevenção da DM2;
4. Capacitar os participantes para a prática de atividade física regular;
5. Capacitar os participantes para uma alimentação saudável, variada e polifracionada.

Uma meta é um enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades, traduzido em termos de indicadores de atividade ou de execução, mensuráveis a curto prazo (Tavares1990, pag.133). Surgem na sequência dos objetivos definidos, contribuindo para a respetiva realização, dado constituírem a operacionalização dos mesmos (Nunes, 2016, pág. 40).

Metas:

1. Que 60% dos participantes a quem foi diagnosticado nível moderado ou alto de DM2, ou sensivelmente elevado com IMC>30 sejam capazes de conhecer os fatores de risco de desenvolvimento da DM2, em novembro 2017;
2. Que 60% dos participantes a quem foi diagnosticado nível moderado ou alto de DM2, ou sensivelmente elevado com IMC>30 sejam capazes de compreender a importância da alimentação saudável e prática da atividade física regular na prevenção da DM2, em novembro 2017;
3. Que 60% dos participantes aumente os seus conhecimentos sobre comportamentos saudáveis relacionados com a alimentação saudável, diminuindo o nº de respostas erradas no questionário de avaliação de conhecimentos sobre alimentação saudável, em novembro 2017;
4. Que 60% dos participantes aumente os seus conhecimentos sobre comportamentos saudáveis relacionados com a prática de atividade física regular, diminuindo o nº de respostas erradas no questionário de avaliação de conhecimentos sobre atividade física, em novembro 2017.

Os Indicadores de resultado ou de impacto, traduzem os ganhos em saúde, as alterações verificadas com a intervenção (Tavares, 1990). Uma vez que a nossa intervenção visa a mudança de comportamentos de risco e a adoção de estilos de vida saudáveis, a avaliação do impacto da mesma não deve ser efetuada num curto

espaço de tempo, como o da duração da nossa intervenção comunitária, só deverá ser efetuada, pelo menos 6 meses a um ano após o final. Neste sentido, com o intuito de avaliar o impacto da nossa intervenção na população em estudo, em parceria com a enfermeira orientadora, que intervém nesta comunidade, definimos que iremos dar continuidade ao projeto, realizando uma nova avaliação do risco de DM2, no total dos participantes intervencionados, 6 meses após o término da intervenção, ou seja, em julho de 2018. Como tal, sugerimos como **indicadores de resultado**:

- Taxa de participantes sujeitos a intervenção que diminuíram o IMC e PA, em julho de 2018;
- Taxa de participantes sujeitos a intervenção que aumentaram os seus conhecimentos sobre alimentação saudável e alteraram os seus hábitos alimentares, em julho de 2018;
- Taxa de participantes sujeitos a intervenção que iniciaram a prática regular de atividade física, em julho de 2018.

De forma a possibilitar a consecução dos objetivos operacionais, definimos como **indicadores de resultado** a avaliar a curto prazo:

- Taxa de participantes que diminuíram as repostas erradas no questionário de avaliação do conhecimento sobre atividade física, em novembro 2017;
- Taxa de participantes que diminuíram as respostas erradas no questionário de avaliação do conhecimento sobre alimentação saudável, em novembro 2017.

Foram também definidos os **indicadores de processo ou de atividade**, de modo a melhor monitorizar o sucesso das nossas estratégias de intervenção e a consequente adequação das atividades desenvolvidas:

- Taxa de atividades individuais realizadas = $\frac{\text{n}^\circ \text{ de atividades individuais realizadas}}{\text{n}^\circ \text{ total de atividades individuais programadas}} \times 100$;
- Taxa de atividades realizadas em grupo = $\frac{\text{n}^\circ \text{ de atividades em grupo realizadas}}{\text{n}^\circ \text{ total de atividades em grupo programadas}} \times 100$;
- Taxa de participação nas atividades realizadas = $\frac{\text{n}^\circ \text{ de participantes que intervieram na atividade}}{\text{n}^\circ \text{ total de participantes na atividade}} \times 100$;
- Taxa de satisfação dos participantes = $\frac{\text{n}^\circ \text{ de participantes na sessão que avaliaram de forma positiva a sessão (Satisfeito ou muito satisfeito)}}{\text{n}^\circ \text{ total de participantes na sessão que avaliaram a sessão}} \times 100$.

2.4 - Seleção de estratégias

Nesta etapa pretende-se propor novas formas de atuação, segundo Nunes (2016), a estratégia deve ser suficientemente detalhada para que possa ser completamente compreendida. Citando Imperatori e Giraldes (1993), define estratégia como “um conjunto de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo”, reduzindo dessa forma os problemas existentes na área em que se está a planear.

A seleção de estratégias deverá ter em conta os custos, os obstáculos e a forma de os ultrapassar, a pertinência, em resumo, as vantagens e os inconvenientes. A análise de custo-benefício ou de recursos disponíveis podem ser determinantes na tomada de decisão entre diversas alternativas (Tavares, 1990, pág.145). Dado o contexto da intervenção, as características da população alvo, os obstáculos e as resistências identificados na adesão ao projeto de intervenção na fase do diagnóstico de situação, a escolha da estratégia ficou limitada. Assim, as estratégias selecionadas passam pela prevenção dos fatores de risco de diabetes tipo 2, através da promoção da Saúde, mais concretamente através da **educação para a Saúde** e o **aconselhamento**, promovendo comportamentos de saúde relacionados com hábitos alimentares saudáveis e prática de atividade física na população com risco de DM2:

- **Intervenção em grupo a nível dos participantes** com qualquer risco de desenvolver diabetes tipo2, no bairro de Santa Marta (desenvolver ação de educação para a saúde em grupo, na comunidade, sobre hábitos alimentares saudáveis e prática de atividade física, realizar uma aula prática de atividade física, confeccionar uma refeição saudável, fornecer informação escrita sob a forma de folheto informativo);
- **Intervenção em grupo e individualmente ao nível dos participantes a quem foi diagnosticado nível moderado ou alto de DM2, ou sensivelmente elevado com IMC > 30.** Realizar sessões individuais de educação para a saúde a cada um dos cinco participantes com sensibilização para o score obtido na ficha de avaliação do risco, os seus fatores de risco e aconselhamento para a sua correção, avaliação dos hábitos alimentares e prática de atividade física, avaliação da motivação para a mudança de comportamento, fornecer informação escrita sob a forma de folheto informativo sobre estilos de vida saudáveis, realizar sessão de educação para a saúde em grupo, aos cinco

participantes com IMC > 30, elaborar plano alimentar individual em parceria com o participante).

A Promoção da Saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar.

O **Aconselhamento em saúde** é uma estratégia mais centrada na prevenção do que no tratamento. É uma intervenção que consiste em ajudar o indivíduo a manter ou a melhorar a sua saúde, nomeadamente na adoção de estilo de vida saudável e comportamentos de saúde e na adaptação a alterações do estado de saúde (Trindade e Teixeira, 2000, pág. 4). A finalidade principal do aconselhamento é a redução de riscos para a saúde, obtida através de mudanças concretas dos seus comportamentos. O resultado final do aconselhamento é o desenvolvimento, em conjunto, de uma estratégia de mudança (ESPS, 2001, pág. 15). A decisão de alterar comportamentos depende basicamente da sensação de ameaça pessoal pelo facto de manter esse comportamento, ou seja, de que isso é prejudicial para si próprio e não somente para os outros (vulnerabilidade apercebida), por outro lado, a confiança em ser capaz de conseguir mudar (autoeficácia ou expectativas de êxito).

A **Educação para a Saúde (EpS)** surge como um meio facilitador, no sentido de preparar a população para um papel ativo na saúde. Assim, um dos seus principais objetivos é ajudar as pessoas/famílias ou comunidades a desenvolverem a sua capacidade de tomada de decisão, responsabilizando-as pela sua saúde (OE, 2012). Pretende-se que a população se sinta capaz para participar nos processos de mudança, com vista à adoção de estilos de vida saudáveis. Os estilos de vida são um dos determinantes de saúde e como tal é essencial educar a comunidade no sentido de adotar estilos de vida saudáveis, baseados na autonomia para tomar decisões com conhecimento. Na educação para a saúde duma população, através da promoção da modificação de comportamentos de risco e adoção de estilos de vida saudáveis, torna-se necessário envolver a comunidade, esclarecer a população sobre os riscos, a sua influência na saúde. Negociar e obter concordância da comunidade relativamente às estratégias e intervenções a desenvolver, com a aceitação por parte da população dessas intervenções.

A EpS não poderá ser uma mera transmissão de informação; implica planear um programa adequado, prevendo-se os recursos e metodologias a utilizar, capazes

de dar uma resposta apropriada às necessidades de saúde de cada pessoa, família e comunidade. O papel do enfermeiro como planeador direciona-se para a identificação das necessidades de aprendizagem específicas dos indivíduos e da comunidade, valorizando as suas preocupações, as barreiras existentes à aprendizagem e estratégias facilitadoras dessa aprendizagem. Um programa de EpS é algo "vivo" e negociável, algo que se pode modificar em função de novas necessidades e situações que vão aparecendo ao longo da sua implementação (OE, 2012).

Para termos a perceção dos resultados que queremos atingir é necessário sustentar a intervenção numa boa teoria de aprendizagem e/ou modelo de promoção da saúde e seguir os seus princípios e fundamentos (Green e Kreuter, 1991). Os modelos são fundamentais, orientam o pensamento, a observação e a prática dos profissionais de saúde. Esta intervenção foi sustentada no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. O aumento de comportamentos de saúde e a diminuição de comportamentos de risco é o grande desafio que se coloca ao enfermeiro (Pender et al, 2011). O modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, reconhece as características e as experiências individuais (comportamentos anteriores a serem mudados), fatores pessoais (biológicos, psicológicos e socioculturais), as influências interpessoais (familiares, profissionais de saúde, amigos) e as influências situacionais (o ambiente pode facilitar ou impedir determinados comportamentos de saúde). Apresentamos em anexo o diagrama do modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender adaptado à intervenção realizada no bairro de Santa Marta (apêndice VII).

2.5 - Preparação Operacional

Após as etapas anteriores é necessário planear operacionalmente a execução do projeto e das atividades inerentes a este. Para o enfermeiro obter resultados no processo educativo, é necessário desenhar um plano de atuação estratégico, pois sem um planeamento prévio das diferentes atividades da ação educativa não existe qualquer garantia de êxito da sua intervenção. Com esse plano de atuação pretende-se mostrar as inter-relações entre as diferentes atividades, evitar sobreposições, excessiva acumulação de tarefas em determinados períodos, visualizar entraves na execução, prever recursos, facilitar, em suma, a realização das atividades (Imperatori e Giraldes, 1993, pág.149).

As atividades devem ser definidas em função dos objetivos operacionais estabelecidos, e deve-se especificar o quê, quando, onde e como devem ser concretizadas e ainda quem será encarregado de as executar, os objetivos e a avaliação (Tavares, 1990, pág. 170).

Apresentamos de seguida e de forma sucinta as atividades/intervenções, por ordem cronológica, desenvolvidas em função e de modo a satisfazer os objetivos operacionais traçados, estando em apêndice os quadros com informação mais detalhada do plano operacional (apêndice VIII). Segundo Tavares (1990), nesta fase devemos também elaborar o cronograma de atividades, em que se cruza as atividades em função do tempo de execução-Gráfico de Gantt (apêndice IX).

As atividades 1 a 3, dão resposta ao **objetivo operacional 1**,” informar os cinco participantes com risco de DM2 e IMC > 30 sobre os fatores de risco de desenvolvimento de DM2 e importância do seu controlo”, estando interligados. O contacto individual com cada um dos cinco participantes foi efetuado no período de 23 a 29 outubro 2017, quatro pessoalmente no bairro, e um via telefónica. Foram informados dos resultados do seu questionário, e agendado um encontro individual com cada um deles, para uma sessão de educação para a saúde individualizada. Com esta atividade pretendeu-se informar os cinco participantes do seu nível de risco de desenvolver DM2 e os fatores de risco associados, tentar conhecer o nível de motivação dos participantes para a mudança de comportamentos e incentivar a sua adesão ao projeto de promoção de comportamentos saudáveis.

Em complemento às sessões individuais, foi realizada uma sessão de Educação para a Saúde em grupo com o tema “*Importância do controlo dos fatores de risco no desenvolvimento da DM2*”. A sessão foi realizada em duplicado por incompatibilidade de horários/meio de deslocação dos participantes ao local da sessão. A primeira sessão foi realizada no bairro, no centro comunitário, no dia 03 novembro, às 16h30, com a presença de três participantes. A segunda sessão foi realizada no dia 09 de novembro às 18h30, no centro de saúde, em horário pós-laboral, para os dois participantes que trabalham. Apresentamos em apêndice o plano da sessão EpS I (apêndice X), e os diapositivos utilizados como apoio na apresentação (apêndice XI). As sessões de EpS em grupo tiveram como finalidade, para além da transmissão de informação, promoção de comportamentos saudáveis, proporcionar momentos interativos facilitadores de uma participação ativa, tendo sido

estimulada a partilha de experiências entre os participantes. Foi elaborado e entregue aos participantes, um folheto informativo sobre os “Benefícios e estratégias para praticar atividade física regularmente”, onde também é sugerida a prática de alguns exercícios físicos em casa, com aproveitamento de material reciclado (apêndice XII).

No final de cada sessão foi distribuído um questionário de avaliação de satisfação dos conteúdos e outro de avaliação de conhecimentos.

As atividades 4 e 5 dão resposta ao **objetivo operacional 2** “*Identificar comportamentos incorretos relativamente aos hábitos alimentares e prática de atividade física nos cinco participantes com risco de DM2 e IMC>30*”.

No decorrer das sessões de EpS individuais, com o intuito de conhecer melhor os hábitos de vida de cada um dos cinco participantes, foi solicitado a cada um deles o auto registo diário (três dias) do comportamento alimentar (apêndice XIII), e foi avaliada a sua motivação individual para a prática de atividade física, utilizando a “Ficha de avaliação clínica para o plano de promoção da saúde de Nola Pender” (Anexo III). Quatro dos participantes preencheram os registos de três dias de comportamentos alimentares. Após análise dos registos efetuados, conclui-se que os principais erros alimentares são: poucas refeições por dia, muitas horas sem comer, comem poucos legumes e pouca fruta, consumo excessivo de hidratos de carbono (apêndice XIV). Relativamente à avaliação realizada sobre a motivação individual para a prática de atividade física, apresentamos em apêndice o resultado, destacando como principais dificuldades apontadas pelos participantes, a falta de disponibilidade, não gostar de fazer AF e não ter companhia (apêndice XV).

De modo a satisfazer o **objetivo operacional 3** “Aumentar os conhecimentos da população adulta dos 20 aos 40 anos do bairro de Santa Marta de Corroios acerca da alimentação saudável e da prática de atividade física regular na prevenção da DM2”, foi programada e agendada uma intervenção comunitária que chamamos “Magusto Saudável”, visto estarmos na época do São Martinho e das castanhas assadas. Esta intervenção teve como principal objetivo promover comportamentos de saúde relacionados com hábitos alimentares saudáveis e prática de atividade física na população com risco de DM2, do bairro de Santa Marta de Corroios. Para dar resposta a este objetivo, foram realizadas várias intervenções e atividades junto à população do bairro, de modo a motivá-los para participar na intervenção comunitária. Tentou-se contactar individualmente todos os participantes do estudo a quem foi

diagnosticado qualquer nível de risco de DM2, informando-os do seu nível de risco e quais os seus fatores de risco (apêndice XVI) e entrega do convite personalizado para uma sessão de educação para a saúde em grupo, a realizar para a comunidade. De modo a divulgar a intervenção, também foram distribuídos panfletos pela população do bairro (apêndice XVII), e afixado um cartaz informativo sobre a realização da sessão no centro comunitário, uma semana antes do evento (apêndice XVIII).

É importante o envolvimento das instituições da comunidade que melhor conhecem as reais necessidades da população, trabalhando em parceria para atingir melhores resultados. Contámos com a colaboração do centro comunitário e da associação dos moradores. Para além da colaboração preciosa dos técnicos de apoio social do centro comunitário da Santa Casa da Misericórdia, onde foi realizada a intervenção, pedimos a colaboração de dois moradores do bairro, ligados à associação de moradores do bairro, que participaram no projeto desde o diagnóstico de situação até à implementação das intervenções, ajudando no contacto com os participantes, na divulgação e na adesão destes ao projeto. Contámos também com a participação de uma técnica de educação física da Camara Municipal do Seixal, que trabalha em parceria com a UCC. Foi também convidado a participar no projeto um *Chef* de cozinha, para a confeção de uma refeição saudável, mas que à última da hora não pôde estar presente, tendo sido substituído pelas duas enfermeiras responsáveis pela sessão de educação para a saúde.

A intervenção “Magusto saudável”, foi realizada no dia 23 de novembro, as 16h00, no Centro comunitário da Santa Casa da Misericórdia, no bairro, e contou com a presença de oito participantes, apesar das péssimas condições atmosféricas que se fizeram sentir nesse dia.

Para além da sessão de educação para a saúde em grupo sobre hábitos alimentares saudáveis e prática de atividade física regular, na prevenção da DM2 (plano da sessão II em Apêndice XIX), foram realizadas outras atividades práticas como assar castanhas, confeção de “caldo verde sem batata” e incentivo ao consumo de frutas e legumes com distribuição de fruta da época. Foi também realizada uma aula prática de atividade física, com a participação de uma técnica de atividade física da Camara Municipal do Seixal. Demonstrou exercícios que podem ser executados de forma autónoma, favorecendo a atividade física e se possível a prática de exercício físico em casa, com o auxílio de material de baixo custo, complementado pela

distribuição de folheto informativo elaborado sobre os “Benefícios e estratégias para praticar atividade física regularmente”. No final foi sorteado entre os participantes um cabaz constituído por alimentos de todos os grupos da roda dos alimentos, alusivo a uma alimentação variada e equilibrada.

Para além de todas as atividades/ intervenções realizadas e descritas anteriormente, de modo a dar resposta aos **objetivo operacional 4** “Capacitar os participantes para a prática de atividade física regular” e ao **objetivo operacional 5** “Capacitar os participantes para uma alimentação saudável, variada e polifracionada”, foi realizado aconselhamento individual a cada um dos cinco participantes com IMC > 30 sobre mudança de hábitos alimentares com elaboração em parceria com o utente de um plano individualizado e ajustado aos seus hábitos alimentares. Apesar de um deles não ter efetuado o auto registo escrito do seu comportamento alimentar, foi validado oralmente os seus hábitos alimentares e elaborado um plano individualizado. Discutimos também estratégias para ultrapassar os obstáculos apontados para não prática de atividade física regular.

2.6 - Avaliação

A avaliação constitui a etapa final do processo de planeamento em saúde. A fase de avaliação da intervenção comunitária, possibilita a avaliação dos objetivos e atividades desenvolvidas, assim como os indicadores de processo e resultados definidos. É nesta etapa que conseguimos concluir se a nossa intervenção foi bem-sucedida. Segundo Nunes (2016), a avaliação verifica o cumprimento do plano, e é feita calculando as taxas de execução das tarefas propostas, através dos indicadores de execução ou indicadores de atividades anteriormente construídos. A avaliação tem também a finalidade de reformulação do plano, levando a um novo processo de planeamento, e indicação na avaliação das melhorias a introduzir e correções a fazer.

Todas as atividades programadas foram realizadas, apresentando uma taxa de execução das atividades realizadas em relação às previstas de 100%.

Como indicadores de processo ou de atividade, foram definidos, taxa de atividades individuais realizadas, taxa de atividades realizadas em grupo, taxa de participação nas atividades realizadas e taxa de satisfação dos participantes. Apresentamos em apêndice os resultados da avaliação dos indicadores de processo

(apêndice XXII) e a avaliação dos indicadores propostos para cada objetivo operacional (apêndice XXIII).

Relativamente à **taxa de presença nas sessões**, na sessão I superámos o numero de participantes estimados, com uma adesão de 100%. Já a taxa de presença dos participantes na sessão II, estimámos 50%, tendo sido parcialmente atingido com 44,4% dos participantes convidados. Para além de ter sido num horário em que muitos estavam a trabalhar, no dia da intervenção comunitária, estiveram péssimas condições atmosféricas, o que dificultou a deslocação da população ao centro comunitário. Este foi o *feedback* dado posteriormente por alguns dos que não compareceram. Inicialmente propusemos a realização da intervenção ao sábado, mas não houve disponibilidade por parte do Centro Comunitário para facultar o espaço aos fins de semana.

A **taxa de participação na sessão de EpS II**, foi avaliada pela intervenção dos participantes, pelo número de intervenções de cada participante, pela interação entre os participantes. A observação e registo da intervenção dos participantes na sessão II, foi realizada por uma aluna do curso de licenciatura em enfermagem, tendo para isso utilizado a “Grelha de observação da participação na sessão”, elaborada para esse efeito (apêndice XXIV). Das oito participantes na sessão de EpS II, apenas uma não participou oralmente na sessão, mas participou ativamente nas atividades práticas realizadas posteriormente. As restantes sete participantes, 87,5%, intervieram uma ou várias vezes, tendo sido a **média de participação de 2,25 vezes**,

A **taxa de satisfação** foi avaliada através de aplicação de questionários, de satisfação, no final das sessões (apêndices XXV e XXVI), tendo sido de 100% em ambas as sessões de EpS. A totalidade dos participantes mostraram-se entre “Satisfeitos” e “Muito Satisfeitos”.

Uma vez que, como já referimos anteriormente, a duração do projeto não nos permite avaliar se houve mudanças de comportamentos com a nossa intervenção, elaborámos um questionário de avaliação de conhecimentos, composto por questões adequadas aos conteúdos abordados nas sessões de educação, às características do projeto e à população alvo. Para a sessão de EpS I, realizada aos cinco participantes com risco, avaliámos os conhecimentos adquiridos com a sessão, aplicando um questionário de conhecimento com questões relacionadas com fatores de risco de DM2 e características da alimentação saudável (apêndice XXV). Para

avaliar a aquisição de conhecimentos com a sessão de EpS II, aplicámos um questionário de autopreenchimento no início da sessão e repetimos o mesmo questionário no final, com o objetivo de verificar se houve aquisição de conhecimentos, traduzida pela diminuição das respostas erradas (apêndice XXVI). Na escolha das questões colocadas, tivemos em conta os principais erros alimentares detetados e a falta de conhecimento demonstrada sobre atividade física.

Foram definidos como indicadores de resultado a avaliar a curto prazo, as taxas de participantes que diminuíram as repostas erradas no questionário de avaliação do conhecimento sobre atividade física e sobre alimentação saudável no final da intervenção

Relativamente à avaliação do conhecimento concluímos que houve aumento de conhecimento pela diminuição do numero de questões com respostas erradas e a diminuição da percentagem de respostas erradas de cada questão colocada. Verificámos que no questionário de diagnostico, apenas uma das perguntas (AS2 – *“Para ser saudável, a alimentação deve ser variada, equilibrada e completa”*.), não teve respostas erradas, seis perguntas tiveram mais de 50% das respostas erradas. No questionário de avaliação no final da sessão, em apenas duas questões (AS6 – *“Os refogados, os cozidos e os fritos são formas saudáveis de cozinhar os alimentos”* e PAF2 – *“Pratica-se atividade física ao caminhar para o trabalho, subir escadas e limpar a casa”*), mantiveram a mesma percentagem de respostas erradas(uma resposta errada na AS6 e duas respostas erradas na PAF2), aumentando para quatro o numero de questões sem respostas erradas, e diminuição da percentagem de respostas erradas nas restantes questões colocadas.(apêndice XXVII).

Face ao que foi descrito e analisando os indicadores de processo e de resultado, pode considerar-se que os objetivos delineados para esta intervenção comunitária foram alcançados.

A avaliação através dos **indicadores de resultados** da nossa intervenção, apenas deverá ser realizada seis meses a um ano após o final da mesma, uma vez que apenas no final desse período se deverá avaliar a mudança de comportamentos de saúde dos participantes, e consequentemente, nos fatores de risco modificáveis para o desenvolvimento da DM2 apresentados por estes. Essa avaliação irá ser realizada em julho 2018, com a aplicação da ficha de risco de DM2 da DGS e restante questionário complementar elaborado para a colheita de dados inicial.

3. QUESTÕES ÉTICAS

Para a realização desta intervenção comunitária, foram tidas em consideração todas as questões éticas necessárias e inerentes à ética em enfermagem e ao respeito pelos direitos humanos.

De acordo com Fortin (2009), existem cinco princípios fundamentais com aplicabilidade ao ser humano, os quais foram determinados pelo código de ética e que são: o direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato, à confidencialidade, à proteção contra o desconforto/prejuízo e a um tratamento justo e equitativo.

Nesta intervenção houve particular preocupação com o respeito pelos indivíduos, pela sua autonomia, a garantia do seu anonimato e a proteção do seu direito de livre escolha das suas ações, assim como pelo ambiente em que se encontra inserido.

Foram pedidas autorizações a todas as instituições implicadas na mesma: foi solicitado ao diretor executivo do ACES Almada- Seixal, Dr. Luís Amaro, autorização para aplicação do questionário no bairro de Santa Marta de Corroios; autorização para a implementação e avaliação desta intervenção na UCC do Seixal, no período compreendido entre setembro de 2017 e fevereiro de 2018, assim como a utilização dos resultados para fins académicos e a menção do nome do ACES e da UCC do Seixal aquando da apresentação dos resultados. (Anexo IV).

Foi pedido autorização à Comissão Nacional de Proteção de Dados que autorizou a recolha de dados (Anexo V), assim como foi pedido parecer da Comissão de Ética da saúde da ARSLVT, tendo sido positivo para a realização do estudo (Anexo VI).

Foi pedido aos moradores do bairro a sua participação na intervenção comunitária. Após terem sido informados sobre a finalidade e o objetivo do mesmo, foi pedido o seu consentimento informado e assinatura, antes do preenchimento do questionário, tendo sido entregue um duplicado ao mesmo. O consentimento informado garante o anonimato e a confidencialidade dos dados fornecidos e informa os participantes que podem recusar ou interromper a sua participação a qualquer momento. (Apêndice XXVIII). O investigador assume o compromisso de honra de anonimato e confidencialidade dos dados utilizados no estudo (Anexo VII).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária assume um papel fundamental na prevenção de doenças crônicas, como a DM2, pois há muito que este representa um elemento potenciador de ganhos em saúde para indivíduos e comunidades, incorporando como competências a educação e a capacitação para a saúde.

A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na problemática da prevenção da diabetes tipo 2, na diminuição da sua incidência torna-se um desafio; é urgente intervir, aplicar e redescobrir estratégias, participar e desenvolver projetos de intervenção que envolvam os indivíduos. Ao enfermeiro compete a capacitação para a prevenção e gestão da doença, incentivar a adoção de atividades de prevenção da doença e a manutenção de estilos de vida saudáveis; selecionar estratégias de ensino/aprendizagem apropriadas às necessidades e características do indivíduo ou do grupo e incorporar na prática uma perspetiva que tenha em consideração os múltiplos determinantes da saúde.

As avaliações de risco suportam a adoção de comportamentos de promoção de saúde e prevenção da doença, fornecendo orientações para os enfermeiros no aconselhamento e ensino dos indivíduos/populações acerca de estilos de vida saudáveis. O excesso de peso e o sedentarismo são fatores relevantes no desenvolvimento da DM2. Segundo Stanhope e Lencaster (2011, pág. 339), a participação em programas baseados numa crescente consciencialização dos riscos de saúde, mostrou estar relacionada com a diminuição do risco de saúde.

O conhecimento do nível de risco de desenvolvimento da DM2 da população dos 20 aos 40 anos do bairro de Santa Marta, permitiu-nos, para além de identificar os fatores de risco, a intervenção individual e em grupo, orientada pelo Modelo de promoção da saúde de Nola Pender, sendo a principal prioridade desta intervenção comunitária a divulgação de informação sobre a diabetes e seus fatores de risco e simultaneamente capacitar a população na aquisição de competências que possibilitem a tomada de decisão com conhecimento em relação à alimentação saudável e à prática de atividade física regular, aspetos estes passíveis de uma mudança de comportamentos.

A intervenção comunitária permitiu-nos consolidar conhecimentos adquiridos e desenvolvidos nas diferentes unidades curriculares, contribuiu para a aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, ao colocar em prática o processo de metodologia de investigação e a metodologia do planeamento em saúde. As principais competências desenvolvidas como enfermeiro especialista em enfermagem comunitária prenderam-se com a avaliação do estado de saúde de um grupo, inserido numa comunidade, através do diagnóstico de situação e intervenção adequada relacionada com o problema de saúde pública que é a Diabetes tipo 2 e a sua prevenção, tendo como orientações as políticas de saúde e as estratégias definidas no PNS e respetivos programas da saúde (PNPCD, PNPAS, PNPAF).

Considero como limitação do projeto o facto de não ter conseguido autorização por parte da direção do ACES atempadamente, na fase do projeto, para aplicação do instrumento de colheita de dados, necessário para realizar o diagnóstico de situação da população em estudo, e respetivos diagnósticos de enfermagem, com vista a dar continuidade ao planeamento da intervenção a realizar, o que limitou muito o tempo disponível para a colheita de dados. Considero a duração do estágio uma limitação desta intervenção, pois seria necessário mais algum tempo para se estabelecer uma relação de confiança com a população da comunidade, o que a meu ver condicionou a sua adesão ao projeto. Também o curto período de estágio condicionou a avaliação dos indicadores de resultados, não tendo sido possível avaliar se a intervenção levou ou não à mudança de comportamentos. Nesse sentido, foi garantida a continuidade do projeto de modo a realizar a avaliação, a realizar pela mestrandia e pela orientadora da intervenção, no mês de julho 2018.

Outra limitação identificada foi a impossibilidade de medir a hemoglobina glicada dos participantes, como um dos parâmetros de avaliação do risco de diabetes tipo 2, devido à inexistência no ACES de um aparelho disponível para medição do respetivo parâmetro.

Esperamos que a implementação desta intervenção no bairro de Santa Marta de Corroios, tenha sido uma mais-valia para esta comunidade, com a consciencialização da população sobre os fatores de risco e sobre a sua situação em relação à saúde, de modo a conseguir a opção de estilos de vida saudáveis, diminuir

os fatores de risco e prevenir a diabetes na população, promovendo a obtenção de ganhos em saúde.

Para dar visibilidade ao trabalho do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na prevenção da DM2, torna-se necessário manter estas intervenções de promoção de comportamentos de saúde e mudança de estilos de vida junto das comunidades, principalmente daqueles a quem foi identificado um maior nível de risco de desenvolver DM2, sendo fundamental o trabalho em parceria, mobilizando os parceiros comunitários também motivados, disponíveis e esclarecidos para que em conjunto se consiga diminuir os fatores de risco de desenvolver DM2, garantindo assim uma maior eficácia da intervenção. Foi sugerido à equipa da UCC do Seixal, que intervém no bairro de Santa Marta, no projeto "Saúde sobre rodas", que fosse alargada a sua intervenção a mais moradores, envolvendo no projeto os elementos mais jovens considerados "saudáveis", promovendo a saúde e a sua vigilância, capacitando-os para a aquisição de hábitos de vida saudáveis, possibilitando assim mais e melhores comportamentos de saúde.

Apos conclusão do mestrado, e de acordo com os elementos da Unidade Coordenadora Funcional da Diabetes do ACES AS e com a colaboração da equipa multidisciplinar da UCSP de Corroios, iremos aplicar a ficha de avaliação de risco de DM2 à população dos 20 aos 40 anos, inscrita na unidade de saúde e realizar uma avaliação do risco de DM2, respetivo registo no processo clínico. Aqueles que apresentem algum tipo de risco, serão devidamente acompanhados, de modo a reduzir os fatores de risco e prevenir o desenvolvimento da diabetes tipo 2.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Azevedo, M. (2003). *Medição, Avaliação e Fundamentos de Estatística. Exercícios práticos com apoio de SPSS e Excel*. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade Ciências, Departamento da Educação.

Benner, P (2001). *De Iniciado a Perito. Excelência e poder na prática clínica de cuidados de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

Bjaras, G., et al. (1997). Strategies and methods for implementing a community-based diabetes primary prevention program in Sweden. *Health Promotion International*, 12(2), 151-160.

Brazão; Dias, M.G.;Viegas, S. (2016). Informação ao consumidor e promoção de saúde. *Boletim Epidemiológico Observações*. Volume 5. Nº especial 8, 2016 - Alimentação e Nutrição. Lisboa: Instituto Nacional De Saúde Dr Ricardo Jorge. in <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/AreasCientificas> acedido em 17/12/2017

Camara Municipal do Seixal. (2015). *Seixal à Lupa*. Diagnóstico social do Seixal. Capítulo 2 – Estrutura e dinâmica da população e das famílias do concelho do Seixal. Seixal: Divisão de Desenvolvimento Social e Cidadania da CMS. In <https://www.cm-seixal.pt/sites/default/files/documents/diagsocialcapitulo2.pdf>

Direção Geral da Saúde (2008). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Cuidados de Saúde, Lisboa: DGS. <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes/circulares-normas-e-orientacoes.aspx> acedido a 26 janeiro 2018

Direção Geral Da Saúde, Norma nº 002/2011, de 14/01/2011.Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus. Lisboa: Direção Geral Da Saúde. <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes/circulares-normas-e-orientacoes.aspx> acedido a 26 janeiro 2018

Direção Geral Da Saúde (2015) - *Plano nacional de saúde: Revisão e Extensão a 2020*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde. <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf>.

Direção Geral Da Saúde, 2016. *Estratégia Nacional Para a Promoção da Atividade Física, da Saúde e do Bem-estar. ENPAF 2016- 2025*. Lisboa: Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde

Direção Geral Da Saúde, 2017. *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. PNPAS*. Acedido a 27 outubro 2017, em <http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/pnpas/estrategias/>

Ensenyat, A., et al. (2017). Metabolic risk management, physical exercise and lifestyle counselling in low-active adults: controlled randomized trial (BELLUGAT). *BMC Public Health*, 171-15. doi:10.1186/s12889-017-4144-8

ESPS – Grupo de Educação Sanitária e promoção da saúde. (2001). *Guias de Educação e Promoção da Saúde. PAPPS- Programa de Atividades De Prevenção e Promoção da Saúde*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde. ISBN 972-9425-92-2

Feldman, A. L., Long, G. H., Johansson, I., Weinehall, L., Fhärm, E., Wennberg, P., & Rolandsson, O. (2017). Change in lifestyle behaviors and diabetes risk: evidence from a population-based cohort study with 10-year follow-up. *International Journal Of Behavioral Nutrition & Physical Activity*, 141-10. doi:10.1186/s12966-017-0489-8

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta

Green, L. W.; Kreuter, M. W. (1991) - *Health promotion planning, an educational and ecological approach*. 2nd ed. Mountain View: Mayfield.

Herdman, T.H. and Kamitsuru, S. 2014. NANDA International, Inc. Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2015-2017, Tenth Edition. Published by John Wiley & Sons, Ltd. Companion website: www.wiley.com/go/nursingdiagnoses. Acedido a 17/10/2017.

Imperatori, E. e Giraldes, M.R. (1993). Metodologia do Planeamento da Saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. 3ª edição. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Takahashi RF, Fracolli LA. (2008) A utilização do conceito “vulnerabilidade” pela enfermagem. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. setembro-outubro; 16, 129-135. <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n5/pt> acedido a 17 janeiro 2018.

Nunes, M. L. (2016). *Cartilha Metodológica do Planeamento em Saúde e as ferramentas de auxílio*. Lisboa: Chiado Editora.

Observatório Nacional Diabetes. 2016. Diabetes. Factos e Números ano 2015. Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes – Edição de 2016. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. <http://www.spd.pt/images/bolsas/dfn2015.pdf> acedido a 29 janeiro 2018

Odgen, J. (1999). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

OMS (1986). Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde [file:///C:/Documents%20and%20Settings/Utilizador/Os%20meus%20documentos/Downloads/i005525%20\(4\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/Utilizador/Os%20meus%20documentos/Downloads/i005525%20(4).pdf)

Organização Mundial Da Saúde (OMS). 2014. Atividade Física - Folha Informativa N° 385 - http://www.who.int/mediacentre/factsheetshttp://actbr.org.br/uploads/conteudo/957_FactSheetAtividadeFisicaOMS2014_port_REV1.pdf acedido em 1 novembro 2017

Ordem dos Enfermeiros, (2010) *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa.

OE, 2012. Educação para a Saúde, um Aliado para a Mudança de Comportamentos. Acedido a 27/10/2017 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoress/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/OsEnfermeiroseeduca%C3%A7%C3%A3oparaaSaude.aspx>

Pender, N.J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M.A. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice* (6th Edition) Boston: Pearson.

Pessoa, M. C., Mendes, L. L., Gomes, C. S., Martins, P. A., & Velasquez-Melendez, G. (2015). Food environment and fruit and vegetable intake in a urban population: a multilevel analysis. *BMC Public Health*, 15(1), 1-8. doi:10.1186/s12889-015-2277-1

Prevadiab (2009). Estudo da Prevalência da Diabetes em Portugal. Sociedade Portuguesa de Diabetologia e Direção Geral de Saúde.

Prochaska, J.O. e Diclemente, C.C. (1993). Stages and Processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.

Rogers, A., C. (1997). Vulnerability, health and healthcare. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 65–72.

SCML (Santa Casa da Misericórdia de Lisboa), 2014. *Saúde Mais Próxima de mãos dadas com a comunidade*. Lisboa: Centro Editorial.

Stanhope, M; Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública- Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. 7ª Edição. Loures: Lusodidacta

Tavares, António. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde. Departamento de Recursos Humanos da Saúde. Centro de formação e aperfeiçoamento profissional.

Trindade, I. e Teixeira, J.C. 2000. *Aconselhamento psicológico em contextos de saúde e doença – Intervenção privilegiada em psicologia da saúde*. *Análise Psicológica*, 1: 3-14.

União Europeia, (2012). Resolução do Parlamento Europeu sobre as medidas para fazer face à epidemia de diabetes na EU. www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes/documentos-e-comunicacoes/resolucao-do-parlamento-europeu-sobre-diabetes.aspx acedido a 29 janeiro 2018

Victor, J., F., Lopes., M., V., Ximenes, L., B. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paul Enferm.*18(3), 235240

World Health Organization (WHO), 2016. Global report on diabetes. ISBN 978 92 4 156525 7 (NLM classification: WK 810). http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf acedido a 26 de outubro 2017

World Health Organization(WHO),2006. Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia. Report of a WHO/IDF Consultation.

World Health Organization(WHO), 2002. The WORLD HEALTH REPORT 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life. <http://www.who.int/whr/2002/en/> , acedido a 29 outubro 2017.

ANEXOS

ANEXO I - Ficha de Avaliação de Risco de Diabetes Tipo 2 da DGS

ANEXOS**ANEXO I: FICHA DE AVALIAÇÃO DE RISCO DE DIABETES TIPO 2**

Assinalar com uma cruz a resposta e somar o total de pontos no final.

1. Idade

- 0 p. Menos de 45 anos
 2 p. 45-54 anos
 3 p. 55-64 anos
 4 p. Mais de 64 anos

2. Índice de Massa Corporal²⁰

- 0 p. Menos de 25 kg/m²
 1 p. 25-30 kg/m²
 3 p. Mais de 30 kg/m²

3. Medida da cintura (normalmente ao nível do umbigo)*HOMENS*

- 0 p. Menos de 94 cm
 3 p. 94-102 cm
 4 p. Mais de 102 cm

MULHERES

- 0 p. Menos de 80 cm
 3 p. 80-88 cm
 4 p. Mais de 88 cm

4. Prática, diariamente, actividade física pelo menos durante 30 minutos no trabalho ou durante o tempo livre (incluindo actividades da vida diária)?

- 0 p. Sim
 2 p. Não

5. Com que regularidade come vegetais e/ou fruta?

- 0 p. Todos os dias
 1 p. Às vezes

6. Toma regularmente ou já tomou alguma medicamentos para a Hipertensão Arterial?

- 0 p. Não
 2 p. Sim

7. Alguma vez teve açúcar elevado no sangue (ex. num exame de saúde, durante um período de doença ou durante a gravidez)?

- 0 p. Não
 5 p. Sim

8. Tem algum membro de família próxima ou outros familiares a quem foi diagnosticado diabetes (Tipo 1 ou Tipo 2)?

- 0 p. Não
 3 p. Sim: avós, tias, tios ou primos 1º grau (excepto pais, irmãos, irmãs ou filhos)?
 5 p. Sim: Pais, irmãos, irmãs ou filhos

Nível de Risco total

O Risco de vir a ter Diabetes Tipo 2 dentro de 10 anos é: ☐

- < 7 Baixo: calcula-se que 1 em 100 desenvolverá a doença
 7-11 Sensivelmente elevado: calcula-se que 1 em 25 desenvolverá a doença
 12-14 Moderado: calcula-se que 1 em 6 desenvolverá a doença
 15-20 Alto: calcula-se que 1 em 3 desenvolverá a doença
 > 20 Muito alto: calcula-se que 1 em 2 desenvolverá a doença

²⁰ Ver tabela em anexo.

ANEXO II - Tabela de avaliação do índice de massa corporal da DGS

ANEXO III - Ficha de avaliação clínica para o plano de promoção da saúde de
Nola Pender

Modelo de Promoção da Saúde

Avaliação Clínica para o Plano de Promoção da Saúde

Exemplo: aumento da atividade física

Avaliar o estágio atual da atividade física [pré-contemplação (PC), contemplação (C), planejamento / preparação (P), ação (A), manutenção (M)].

Se nos estágios C, P, ou A, continuar. Se na fase M, reforçar o comportamento positivo. Se na fase PC, reforçar benefícios da atividade física e avaliar a prontidão mais tarde.

Comportamento anterior

Que tentativas fez no passado para ser fisicamente ativo?

O que aprendeu com essas experiências?

Influências Pessoais

Quais são os benefícios pessoais de se tornar mais ativo?

Que problema (barreira) poderia ter tentando ser mais ativo?

Como está certo (autoeficácia) que pode superar essas barreiras para ser mais ativo?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Incerto

Muita certeza

Que atividades físicas gosta mais? (Afeto relacionado à atividade)

Influências interpessoais

Normas Sociais - Algum membro da sua família ou amigos espera que seja fisicamente ativo?

Sim não Se sim, quem?

Suporte Social - Quem o encorajará a ser ativo ou ser ativo com você?

Role Models - Há alguém na sua família ou qualquer um dos seus amigos fisicamente ativos

3-5 vezes por semana? Sim não Se sim, quem, e o que eles fazem?

Influências Situacionais

Onde poderia estar fisicamente ativo fazendo o que gosta?

Compromisso com um Plano de Ação

Está pronto para estabelecer metas e desenvolver um plano para se tornar mais ativo?

Sim não

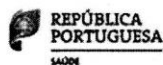
Etapas do plano

Exigências e preferências concorrentes (no seguimento)

Que problemas encontrou em tentar ser mais ativo?

Como pode evitar esses problemas no futuro?

ANEXO IV - Declaração do Diretor Executivo da ACES Almada Seixal



DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos declaro que o ACES Almada Seixal concorda e tem condições logísticas e humanas para a realização do estudo "Intervenção Comunitária de Enfermagem na avaliação do Risco de Desenvolvimento de Diabetes Tipo 2, no Adulto" a realizar pela Enfª Lúcia de Fátima Lopes.

Amora, 11 de Maio de 2017

O Diretor Executivo do Agrupamento de
Centros de Saúde Almada Seixal

Luís Amaro

/MF

ANEXO V - Parecer da Comissão Nacional de Proteção de Dados



Autorização n.º 5201/ 2017

Lúcia de Fátima Lopes notificou à Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPD) um tratamento de dados pessoais com a finalidade de realizar um Estudo Clínico com Intervenção, denominado Intervenção Comunitária de Enfermagem na avaliação do risco de Diabetes tipo 2 no Adulto .

Existe justificação específica, validada pela Comissão de Ética Competente (CEC), para o tratamento do dado pessoal raça/etnia.

O participante é identificado por um código especificamente criado para este estudo, constituído de modo a não permitir a imediata identificação do titular dos dados; designadamente, não são utilizados códigos que coincidam com os números de identificação, iniciais do nome, data de nascimento, número de telefone, ou resultem de uma composição simples desse tipo de dados. A chave da codificação só é conhecida do(s) investigador(es).

É recolhido o consentimento expresso do participante ou do seu representante legal.

A informação é recolhida diretamente do titular.

As eventuais transmissões de informação são efetuadas por referência ao código do participante, sendo, nessa medida, anónimas para o destinatário.

A CNPD já se pronunciou na Deliberação n.º 1704/2015 sobre o enquadramento legal, os fundamentos de legitimidade, os princípios aplicáveis para o correto cumprimento da Lei n.º 67/98, de 26 de outubro, alterada pela Lei n.º 103/2015, de 24 de agosto, doravante LPD, bem como sobre as condições e limites aplicáveis ao tratamento de dados efetuados para a finalidade de investigação clínica.

No caso em apreço, o tratamento objeto da notificação enquadra-se no âmbito daquela deliberação e o responsável declara expressamente que cumpre os limites e condições aplicáveis por força da LPD e da Lei n.º 21/2014, de 16 de abril, alterada pela Lei n.º 73/2015, de 27 de junho – Lei da Investigação Clínica –, explicitados na Deliberação n.º 1704/2015.

O fundamento de legitimidade é o consentimento do titular.



A informação tratada é recolhida de forma lícita, para finalidade determinada, explícita e legítima e não é excessiva – cf. alíneas a), b) e c) do n.º 1 do artigo 5.º da LPD.

Assim, nos termos das disposições conjugadas do n.º 2 do artigo 7.º, da alínea a) do n.º 1 do artigo 28.º e do artigo 30.º da LPD, bem como do n.º 3 do artigo 1.º e do n.º 9 do artigo 16.º ambos da Lei de Investigação Clínica, com as condições e limites explicitados na Deliberação da CNPD n.º 1704/2015, que aqui se dão por reproduzidos, autoriza-se o presente tratamento de dados pessoais nos seguintes termos:

Responsável – Lúcia de Fátima Lopes

Finalidade – Estudo Clínico com Intervenção, denominado Intervenção Comunitária de Enfermagem na avaliação do risco de Diabetes tipo 2 no Adulto

Categoria de dados pessoais tratados – Código do participante; idade/data de nascimento; género; raça/etnia; dados antropométricos; dados da história clínica

Exercício do direito de acesso – Através dos investigadores, presencialmente

Comunicações, interconexões e fluxos transfronteiriços de dados pessoais identificáveis no destinatário – Não existem

Prazo máximo de conservação dos dados – A chave que produziu o código que permite a identificação indireta do titular dos dados deve ser eliminada 5 anos após o fim do estudo.

Da LPD e da Lei de Investigação Clínica, nos termos e condições fixados na presente Autorização e desenvolvidos na Deliberação da CNPD n.º 1704/2015, resultam obrigações que o responsável tem de cumprir. Destas deve dar conhecimento a todos os que intervenham no tratamento de dados pessoais.

Lisboa, 17-05-2017

A Presidente

ANEXO VI - Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT



Exma. Senhora

Dr.ª Lúcia Fátima Lopes

lfatima@campus.esel.pt

C/C:

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência

Data

6805/CES/2017

12.06.2017

Assunto: Intervenção comunitária de enfermagem na avaliação do risco de diabetes tipo 2 no adulto.

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projecto mencionado em epígrafe, na sua reunião da secção de investigação, no dia 09.06.2017, tendo sido emitido um parecer favorável.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,

O Vice - Presidente do Conselho Directivo

LUÍS PISCO
Vice-Presidente do Conselho Directivo
ARSLVT, I.P.
Luís Pisco

Av. Estados Unidos da América nº75-77, 1749-096 Lisboa
Tel. +351 218 424 800 | Fax. +351 218 499 723
geral@arslvt.min-saude.pt | www.arslvt.min-saude.pt



Parecer

Proc.031/CES/INV/2017

Título: Intervenção comunitária de enfermagem na avaliação do risco de diabetes tipo 2 no adulto

Enquadramento institucional do proponente: Enfermeira ARSLVT – ACES Almada-Seixal

Investigador(es): Lúcia de Fátima Lopes – Mestrado Enfermagem Saúde
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Orientador(es): Professor Doutor. José Edmundo Xavier Furtado de Sousa

Fundamentação do estudo:

A Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crónica que afeta grande número de pessoas, constituindo entre nós um problema não só individual e familiar, mas também de saúde pública, de proporções importantes. A prevalência continua a aumentar. O aumento acentuado da prevalência de DM é atribuído às rápidas mudanças sociais e culturais das últimas décadas, com a adoção de estilos de vida de risco, bem como ao aumento da esperança de vida.

Segundo dados do OND (Observatório Nacional da Diabetes), em 2015 a prevalência estimada da Diabetes na população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos (7,7 milhões de indivíduos) foi de 13,3%, isto é, mais de 1 milhão de portugueses neste grupo etário tem Diabetes. A taxa de prevalência da Diabetes entre 2009 e 2015, passou de 11,7% para 13,3%, o que corresponde a um crescimento na ordem dos 13,5%.

Felman (2017, pág. 9), defende uma relação causal entre o comportamento do estilo de vida e a incidência de diabetes tipo 2. Uma mudança nos comportamentos de estilo de vida, em particular a ingestão de fibra dietética, tem o potencial de reduzir a carga de diabetes na população e pode ser um alvo adequado para a intervenção de saúde pública. Um programa de intervenção comunitária pode ser eficaz na mudança de estilos de vida da população em foco.

As medidas de modificação de estilos de vida, de controlo ponderal e de atividade física são estruturantes e centrais na prevenção da diabetes tipo 2.

O enfermeiro assume um importante papel na prevenção da diabetes tipo 2 e na promoção da saúde, através da educação para a saúde, capacitando os indivíduos para conhecer os fatores de risco e tomar decisões relacionadas com a sua saúde, dotando-os de conhecimentos e competências que lhes permite efetuar essa decisão e assim prevenir a doença, através da diminuição dos fatores de risco modificáveis, tais como os hábitos alimentares e a atividade física.

Temos como principais questões orientadoras do estudo:

-Quais os fatores de risco determinantes para desenvolver diabetes tipo 2, na população adulta dos 20 aos 40 anos, residente no bairro de Santa Marta?

-A intervenção de enfermagem na comunidade pode contribuir para a mudança de comportamentos de risco, na prevenção da diabetes tipo 2, na população adulta dos 20 aos 40 anos?



Apreciação

O estudo em apreço apresenta valor social, sendo que do seu delineamento se prevê vir a obter dados de interesse para aplicação na prática clínica.

A avaliação da documentação enviada permite concluir que estão previstos o respeito pelos princípios éticos exigíveis a este tipo de estudo e população, pelo que se emite parecer favorável.

Declaração de interesses: Nada a declarar
9 de Junho 2017

ANEXO VII - Declaração do investigador

DECLARAÇÃO

Eu, Lúcia de Fátima Lopes, mestranda em Enfermagem – Área de Especialização Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, a realizar o projecto de intervenção comunitária no ACES Almada-Seixal, na UCC do Seixal, declaro, por minha honra, que os dados obtidos neste estudo são confidenciais e usados apenas para consecução do mesmo.

Seixal , 01 Maio de 2017

Lúcia de Fátima Lopes



APENDICES

APENDICE I - Revisão *Scoping*

Intervenção Comunitária De Enfermagem Na Prevenção Da Diabetes Tipo 2, Nos Adultos: Uma Revisão *Scoping*.

Lúcia Lopes, Mestranda do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da ESEL. 2017

email de contacto: lfatima@campus.esel.pt

Resumo

A Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crónica que afeta grande número de pessoas, constituindo entre nós um problema não só individual e familiar, mas também de saúde pública, de proporções muito importantes. A prevalência continua a aumentar, o que significa que não podemos baixar a guarda na luta sem tréguas contra a pandemia da Diabetes. O aumento acentuado da prevalência de DM é atribuído às rápidas mudanças sociais e culturais das últimas décadas (com a adoção de estilos de vida de risco) bem como ao aumento da esperança de vida. As medidas de modificação de estilos de vida, de controlo ponderal e de atividade física são estruturantes e centrais na prevenção e tratamento da diabetes tipo 2.

Temos como objetivo do estudo examinar e mapear a literatura existente sobre Intervenção Comunitária De Enfermagem Na Prevenção Da Diabetes Tipo 2, Nos Adultos em situação de vulnerabilidade.

Pretendemos responder à questão A intervenção de enfermagem na comunidade pode contribuir para a mudança de comportamentos de risco, na prevenção da diabetes tipo 2? O sedentarismo e a obesidade são fatores determinantes para desenvolver diabetes tipo 2?

Palavras-Chave: Adulto, risco, vulnerabilidade acrescida, prevenção primária, diabetes tipo 2, estilos de vida saudável, intervenção comunitária, bairro social.

BACKGROUND

A Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crónica que afeta grande número de pessoas, constituindo entre nós um problema não só individual e familiar, mas também de saúde pública, de proporções muito importantes.

A diabetes é a mais comum das doenças não transmissíveis, afetando, mais de 32 milhões de cidadãos da UE, ou seja, cerca de 10% da população total da EU. Um número equivalente de pessoas sofre de intolerância à glicose, que muito provavelmente evoluirá para diabetes clinicamente manifestada.

Em 2015 a prevalência estimada da Diabetes na população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos (7,7 milhões de indivíduos) foi de 13,3%, isto é, mais de 1 milhão de portugueses neste grupo etário tem Diabetes. A taxa de prevalência da Diabetes entre 2009 e 2015, o que corresponde a um crescimento na ordem dos 13,5%. Em termos de composição da taxa de prevalência da Diabetes, em 56% dos indivíduos esta já havia sido diagnosticada e em 44% ainda não tinha sido diagnosticada.

A diabetes tipo 2 é uma doença que ocorre habitualmente na idade adulta e está fortemente associada ao excesso de peso provocado pelo tipo de alimentação e vida sedentária. Estes dois fatores levam a que a doença surja em idades cada vez mais precoces e até mesmo em jovens. A idade estimada para o aparecimento da diabetes tipo 2 é de 45 anos se europeus e 35 anos se de outra origem/região do mundo. O aparecimento é habitualmente lento e os sintomas podem ser tão discretos que passam despercebidos levando a que o diagnóstico seja tardio. A diabetes não só é frequentemente diagnosticada tarde demais, como 50% das pessoas com diabetes ignoram que têm a doença. Qualquer pessoa pode desenvolver a diabetes tipo 2, no entanto existem pessoas com maior risco. Os fatores de Risco da Diabetes tipo 2, podem ser fatores etiológicos não modificáveis, tais como fatores genéticos e envelhecimento populacional ou fatores etiológicos modificáveis, como a ingestão calórica excessiva, Sedentarismo e Obesidade. Estes fatores podem ser controlados através de estratégias eficazes de prevenção.

Segundo a WHO (2002), o conceito de risco em saúde pode ser utilizado enquanto probabilidade de um resultado adverso ou enquanto um fator que aumenta essa mesma probabilidade. Devemos nos focar no risco em saúde como forma de prevenirmos o dano, subsequente a uma ameaça à saúde, focalizando a nossa

intervenção na redução desses possíveis fatores. Fator de risco pode ser situação social, econômica ou biológica, comportamentos ou ambientes que estão associados ou causam maior suscetibilidade a uma doença, saúde ou lesão específica.

Como Especialista em Enfermagem Comunitária, o enfermeiro assume um importante papel na prevenção da diabetes tipo 2 e na promoção da saúde, através da educação para a saúde, capacitando os indivíduos para conhecer os fatores de risco e tomar decisões relacionadas com a sua saúde, dotando-os de conhecimentos e competências para serem agentes ativos na prevenção de doenças crônicas através da diminuição dos fatores de risco modificáveis. O risco, ou seja, a percepção do risco é um elemento importante no comportamento humano. A intervenção comunitária visa a sensibilização e educação do indivíduo e comunidade para a mudança de comportamentos com vista a promover a saúde, atuando nos fatores de risco modificáveis da diabetes (hábitos alimentares e atividade física), através da mudança de comportamentos de saúde e adoção de estilos de vida mais saudáveis.

A prevenção primária, desta doença, feita através da promoção de estilos de vida saudáveis junto da população e de grupos específicos, constitui uma estratégia eficaz, é menos dispendiosa e mais suscetível para diminuir o risco no indivíduo de vir a desenvolver a diabetes e, por conseguinte, para combater o aumento da sua incidência.

Há uma distribuição desigual dos danos à saúde entre os diversos grupos populacionais, como decorrência que alguns indivíduos apresentam características próprias ou estão sujeitas a determinadas circunstâncias, as quais fazem com que a probabilidade de ocorrência de um dano à saúde seja mais do que outros indivíduos sem as mesmas características, ou não expostas às circunstâncias (fatores de risco). A essa suscetibilidade dos indivíduos a problemas e/ou danos de saúde, Nichiata et al (2008), dão o nome de vulnerabilidade. A vulnerabilidade é definida como um processo dinâmico estabelecido pela interação dos elementos que a compõe, tais como idade, raça, etnia, pobreza, escolaridade, suporte social e presença de agravos à saúde. Admite-se que cada pessoa possui um limiar de vulnerabilidade que, quando ultrapassado, resulta em adoecimento (Lessick et al, 1992, citado por Nichiata et al, 2008). *“Para a interpretação do processo saúde-doença, considera-se que, enquanto o risco indica probabilidades, a vulnerabilidade é um indicador da iniquidade e da*

desigualdade social. Segundo os autores, a vulnerabilidade antecede ao risco e determina os diferentes riscos de se infectar, adoecer e morrer” (Nichiata et al, 2008). Segundo a estratégia de risco, a identificação dos fatores de risco a priori, isto é, antes do aparecimento do evento (dano) a que estão associados, abre uma ampla possibilidade operacional através dos seguintes aspetos: previsão do aparecimento do dano, tendo assim uma função preditiva; possível controle ou eliminação desses fatores, assim reduzindo a probabilidade de aparecimento do dano; e possível identificação dos grupos de alto risco que devam ser objeto de atenção especial por parte dos serviços da saúde, no sentido de 'compensar' esses riscos através de ações da saúde. Uma vez identificados os fatores de risco, eles podem se tornar o ponto de entrada ou foco para as estratégias e ações de promoção da saúde.

Metodologia

Com esta *Scoping Review* pretende-se estudar a Intervenção Comunitária De Enfermagem Na Prevenção Da Diabetes Tipo 2, Nos Adultos em situação de vulnerabilidade.

Temos como PCC:

População	adulto dos 20 aos 40 anos
Conceito	prevenção primária diabetes tipo 2 estilos de vida saudável risco vulnerabilidade acrescida
Contexto	intervenção comunitária bairro social

Pergunta de Partida/ Objetivos

Temos como objetivo da intervenção examinar e mapear a literatura existente sobre Intervenção Comunitária De Enfermagem Na Prevenção Da Diabetes Tipo 2, Nos Adultos em situação de vulnerabilidade.

Pretendemos responder às questões:

- A intervenção de enfermagem na comunidade pode contribuir para a mudança de comportamentos de risco, na prevenção da diabetes tipo 2?
- Quais os fatores determinantes para desenvolver diabetes tipo 2, na população adulta, vulnerável?

Foi efetuada uma pesquisa inicial na base de dados de revisões e relatórios da JBI e na base de dados das revisões da Cochrane, tendo revelado não existir nenhuma revisão *scoping* sobre o assunto.

Critérios de Inclusão e Exclusão

Tipo de Participantes

Os participantes do estudo são adultos com idade compreendida entre os 20 e 40 anos, independentemente do género, que não tenham diagnóstico de DM2.

Foram incluídos todos os estudos de abordagem qualitativa e quantitativa, em que apresente *Full Text*. Foram excluídos todos os artigos duplicados, e os que não correspondiam à temática. Selecionamos apenas os artigos em Inglês ou português.

Os critérios de inclusão e exclusão encontram-se apresentados no Quadro abaixo.

Quadro 1: Critérios de Inclusão e exclusão

	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Desenho do Estudo	Qualitativos e quantitativos	
Língua	Inglês e português	Todas as restantes
População	Adultos dos 20 aos 40 anos	
Conceito	Diabetes tipo 2 Risco Prevenção primária Vulnerabilidade acrescida Estilos de vida saudáveis	
Contexto	Intervenção Comunitária Bairro social	

Estratégia de Pesquisa

A pesquisa foi efetuada na plataforma EBSCO HOST, BIBLIOTECA DO CONHECIMENTO ONLINE (b-on), através da ligação vpn – ESEL e Google. A estratégia de busca na plataforma EBSCO HOST, foi realizada segundo os conceitos determinados pela mnemónica PCC (População: Adulto dos 20 aos 40 anos; Conceito: prevenção primária, diabetes tipo 2, estilos de vida saudável, risco, vulnerabilidade acrescida; Contexto: intervenção comunitária, bairro social). Ainda foi associado aos conceitos que determinam o PCC, outros termos naturais e indexados para direccionar o estudo para o âmbito da Enfermagem, de forma a responder às questões do estudo:

- A intervenção de enfermagem na comunidade pode contribuir para a mudança de comportamentos de risco, na prevenção da diabetes tipo 2?
- Quais os fatores determinantes para desenvolver diabetes tipo 2, na população adulta, vulnerável?

O Quadro 2 apresenta os termos indexados e naturais que foram associados à mnemónica PCC.

Na pesquisa da plataforma EBSCO HOST foram utilizadas 2 bases de dados: MEDLINE e CINAHL. Em cada base de dados foram utilizados os mesmos conceitos subjacentes dentro das palavras chave do PCC, através de termos naturais e indexados (MEDLINE- MeSH; CINAHL – CINAHL Headings). Estes termos foram intersetados com os operadores booleanos “OR “e, AND” e obtiveram-se 47 artigos das 2 bases de dados (38 artigos da CINAHL e 9 artigos da MEDLINE).

Quadro 2 - Termos indexados e naturais associados à mnemónica PCC

	Termo	CINAHL	MEDLNE
População	Natural	Adult	Adult
	Indexado	(MH “Adult”)	(MM “Adult”)
Conceito	Natural	type 2 Diabetes Primary Prevention Risk Increased Vulnerability Healthy lifestyles	Type 2 Diabetes Primary Prevention Risk Increased Vulnerability Healthy lifestyles
	Indexado	MH “Diabetes Mellitus tipe 2”) (MH “Risk Assessesment”) (MM Vulnerability) (MH “Life Style Changes”) (MM “Prediabetic State”) (MM Risk Factors”) (MM “Healthy Lifestyle”	(MM “Diabetes Mellitus tipe 2”) (MM “Risk”) (MM Vulnerability) (MH “Life Style Changes”) (MM “Prediabetic State”) (MM Risk Factors”) (MM “Healthy Lifestyle” (MM Vulnerable Population”)
Contexto	Natural	Community Intervention Neighborhood Social neighborhood	Community Intervention Neighborhood

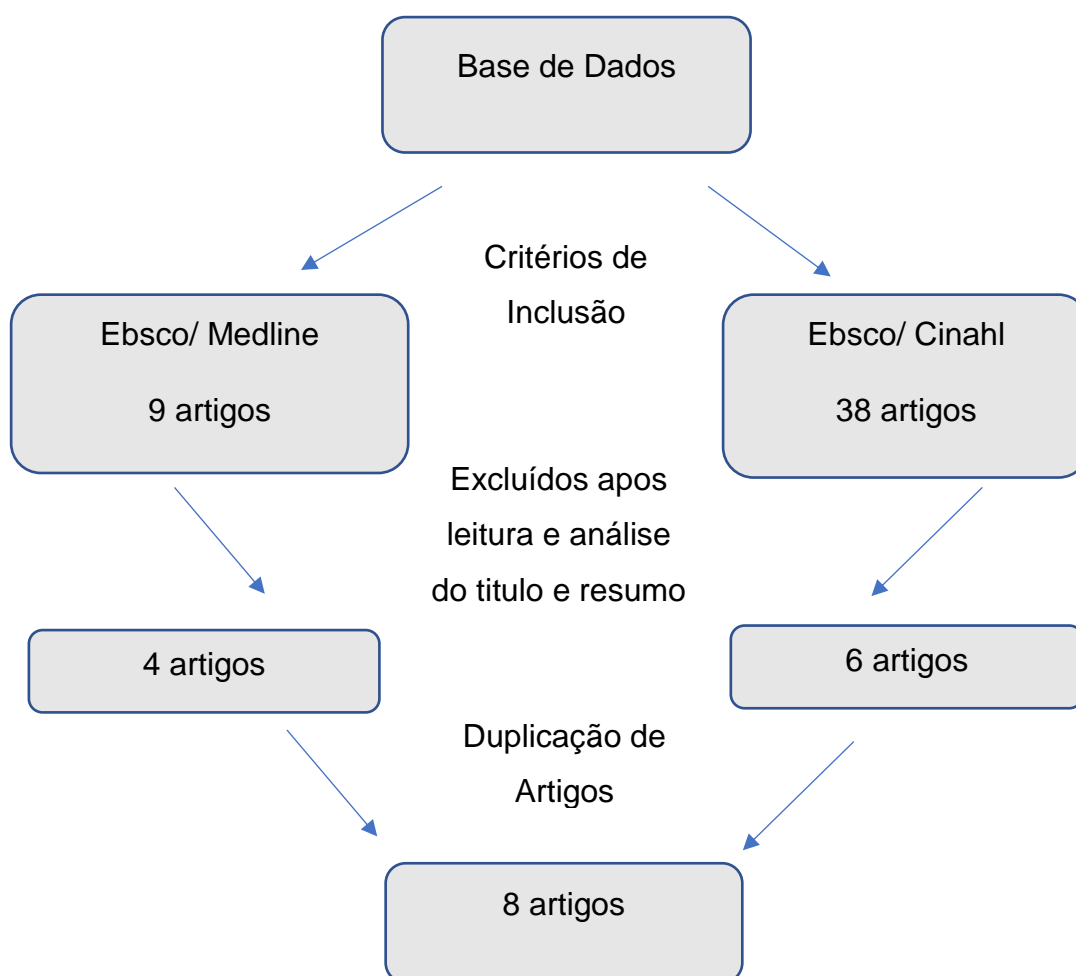
Extração dos Resultados

Os artigos foram selecionados primeiro pela leitura do título, e a segunda seleção após a leitura do *Abstract* de cada artigo, ficando apenas os pertinentes para a temática em estudo. Depois de analisar os títulos e resumos dos estudos, foram excluídos vários artigos por não responderem aos critérios de inclusão do presente estudo, assim como aqueles que se verificou não estar relacionados a diabetes tipo 2. Assim, foram incluídos 8 artigos no total após exclusão dos duplicados (figura 1).

O processo de pesquisa foi realizado durante os meses de março e abril de 2017.

Em anexo apresento a lista integral da seleção dos artigos de ambas as bases de dados (ANEXO 1).

Figura 1 – Diagrama PRISMA do processo de extração dos resultados



Após a seleção dos estudos a incluir, utiliza-se a ferramenta de extração de dados da Joanna Briggs Institute⁸ (JBI), representada na tabela abaixo.

Tabela 1- Ferramenta de extração de dados da JBI

Autor
Ano de publicação
Origem/país de origem
Objectivos/finalidade
A população de estudo e o tamanho da amostra
Metodologia/métodos
Intervenção (se aplicável)
A duração da intervenção (se aplicável)
Desfechos/resultados (se aplicável)
Principais conclusões (que se referem a esta pergunta da revisão/s)

Apresentação dos Resultados

Após a análise dos artigos selecionados, a informação foi reunida de forma a responder às questões: A intervenção de enfermagem na comunidade pode contribuir para a mudança de comportamentos de risco, na prevenção da DM tipo 2? O sedentarismo e a obesidade são fatores determinantes para desenvolver DM tipo 2?

Os resultados estão apresentados sob a forma de quadro (Quadro 3).

Estudos limitados a curto prazo que abordam um ou mais dos fatores de risco para DM tipo 2, mostram que é possível prevenir a doença a nível individual, mas pouco se sabe sobre a prevenção primária da DM tipo 2 dirigida às populações.

Segundo Parker (2017), vários programas de prevenção de diabetes são oferecidos a pessoas em risco de desenvolver diabetes no Reino Unido (Dunkley et al, 2014).

O método de Gibraltar tem a vantagem de direcionar as pessoas "em risco" e oferecer-lhes educação preventiva antes que as anormalidades clínicas comecem a se manifestar. O programa é um pacote educacional autônomo de 3 horas que cobre fatores de risco e dieta saudável e se concentra no aumento da atividade física e como isso pode reduzir a chance de desenvolver diabetes tipo 2 ou atrasar o aparecimento da doença em adultos suscetíveis. Refere como estratégia para adesão, Educação em grupos familiares, tendo o potencial de encorajar mudanças de estilo de vida a longo prazo, já que os membros da família podem inspirar, incentivar e lembrar uns aos outros sobre os benefícios de mudanças contínuas.

O estatuto socioeconómico e as origens raciais das populações são fatores importantes no diabetes, uma vez que certos grupos étnicos são mais suscetíveis à diabetes tipo 2. As pessoas de origem africana-caribenha, sul-asiática e norte-africana são desproporcionalmente afetadas (Avery e Beckwith, 2009; Diabetes UK, 2012, citado por Parker 2017). No entanto, o ambiente também desempenha um papel. Sabe-se que os migrantes com baixo risco de desenvolver diabetes tipo 2 desenvolvem um risco equivalente ao da população indígena do país para onde se deslocam.

Segundo (Bjaras, 1997) a atividade física é um componente importante de um estilo de vida saudável para todos nós, mas particularmente importante para aqueles com maior risco de doenças crônicas, como DM tipo 2. Os hábitos alimentares saudáveis (por exemplo, baixo teor de gordura e elevado consumo de fibras) diminuem o risco de DM tipo 2. Um programa de intervenção comunitária pode ser eficaz em mudar a ingestão de gordura e fibra na dieta e no aumento da atividade física na população em foco.

Segundo Pessoa et al (2005), os fatores ambientais, sociais e individuais influenciam os padrões alimentares, que por sua vez afetam o risco de muitas doenças crônicas. A frequência de consumo de frutas e hortaliças, varia com a densidade de estabelecimentos de alimentos saudáveis (lojas especializadas na venda de frutas e legumes), estabelecimentos alimentares pouco saudáveis (bares, lanchonetes e caminhões / trailers de alimentos) e a renda familiar do bairro onde o indivíduo vive.

Existe uma associação entre as variáveis ambientais e a frequência da ingestão de frutas e hortaliças. Observaram-se maiores scores de ingestão de frutas e hortaliças em bairros com maior densidade de estabelecimentos de alimentos saudáveis e maior renda. Scores mais baixos foram observados na vizinhança com maior densidade de estabelecimentos de alimentos não saudáveis.

Jacobs-van der Bruggen et al (2017), as intervenções de saúde para grupos de alto risco e intervenções de estilo de vida baseadas na comunidade voltadas para a população em geral (baixo risco) são formas rentáveis de conter a carga crescente de diabetes. Na opinião de Ensenyat (2017), para alcançar resultados duradouros e bem-sucedidos, esses programas de intervenção precisam incluir metas e estratégias psicológicas (humor, alfabetização, autoeficácia, integração social) voltadas para a mudança de comportamento. Nesse sentido, nosso estudo inclui uma intervenção de aconselhamento de estilo de vida que incorpora estratégias para promover atividade física regular, minimizar o comportamento sedentário, melhorar os hábitos alimentares e melhorar a autoeficácia dos participantes.

Quadro 3 – Apresentação dos Resultados

Autor Ano Publicação	Local do estudo / Tipo de estudo	Título do Estudo / Finalidade	Resultados / Conclusão
Bjaras, A.; Ahlbom, M. Alvarsson, B., Burstrom, F. Et al 1997	Suécia. Quasi-experimental.	<p>“Strategies and methods for implementing a community-based diabetes primary prevention program in Sweden”</p> <p>Aumentar o conhecimento sobre fatores de risco, tais como dieta inadequada, obesidade e falta de atividade física; mudar as atitudes em relação à alimentação. Melhorar o acesso a alimentos saudáveis nas famílias; facilitar o acesso às atividades físicas na comunidade; para facilitar o acesso a aconselhamento profissional sobre redução de peso e hábitos alimentares</p> <p>Reduzir incidência de DM tipo 2 em 25% num período de 10 anos em 3 municípios, influenciando os fatores de risco na população de 3 municípios.</p>	<p>A atividade física e alimentação saudável são componentes importantes de um estilo de vida saudáveis principalmente nos indivíduos de maior risco de DM tipo 2.</p> <p>Um programa de intervenção comunitária pode ser eficaz na mudança de hábitos alimentares e prática de atividade física da população em foco.</p>
Julie Parker 2017	Reino Unido	<p>“Approaches to the prevention of type 2 diabetes in Gibraltar”</p> <p>Programas de prevenção de diabetes tipo 2 em indivíduos com risco: reduzir a chance de desenvolver diabetes tipo 2 ou atrasar o aparecimento da doença em adultos suscetíveis. O programa é um pacote educacional autônomo de 3 horas que cobre fatores de risco e dieta saudável e se concentra no aumento da atividade física e como isso pode reduzir a chance de desenvolver diabetes tipo 2 ou atrasar o aparecimento da doença em adultos suscetíveis</p>	<p>O estatuto socioeconômico e as origens raciais das populações são fatores importantes no diabetes, uma vez que certos grupos étnicos são mais suscetíveis à diabetes tipo 2.</p> <p>No entanto, o ambiente também desempenha um papel. Sabe-se que os migrantes com baixo risco de desenvolver diabetes tipo 2 desenvolvem um risco equivalente ao da população indígena do país para onde se deslocam.</p> <p>É importante a prevenção dos fatores de risco nos indivíduos suscetíveis com risco de DM tipo 2.</p>
Feldman, A. L et al 2017	Suécia Estudo de coorte prospectivo Questionário e observação direta.	<p>“Change in lifestyle behaviors and diabetes risk: evidence from a population-based cohort study with 10-year follow-up”</p> <p>Investigar a associação e o impacto potencial sobre a carga de doença para a mudança dentro do indivíduo no comportamento do estilo de vida e risco de diabetes. Cinco comportamentos de estilo de vida modificáveis Auto relatados (consumo de tabaco, atividade física, consumo de álcool, ingestão de fibra dietética e ingestão de gordura dietética) foram medidos no início e no seguimento de 10 anos</p>	<p>Diabetes incidente foi detectado em 1.184 (3,3%) participantes em 10 anos de acompanhamento. Houve redução do risco de diabetes associado ao aumento da ingestão de fibra alimentar. O aumento no score de comportamento do estilo de vida foi associado com risco reduzido de diabetes,</p> <p>Relação causal entre o comportamento do estilo de vida e a incidência de diabetes tipo 2. Uma pequena mudança nos comportamentos de estilo de vida, em particular a ingestão de fibra dietética, tem o potencial de reduzir a carga de diabetes na população e pode ser um alvo adequado para a intervenção de saúde pública.</p>

Autor Ano Publicação	Local do estudo / Tipo de estudo	Título do Estudo / Finalidade	Resultados / Conclusão
Ensenyat, A 2017	Espanha Ensaio clínico controlado, com três braços, randomizado e implementado no ambiente de cuidados primários	“Metabolic risk management, physical exercise and lifestyle counselling in low-active adults: controlled randomized trial (BELLUGAT)” Três grupos de intervenção: 1) treinamento aeróbico intervalado (16 aulas de treinamento supervisionado) mais um programa de aconselhamento sobre estilo de vida saudável (6 grupos e 3 reuniões individuais); 2) treinamento contínuo de intensidade baixa a moderada (16 aulas de treinamento supervisionadas) mais o mesmo programa de aconselhamento; ou 3) o programa de aconselhamento sem qualquer exercício físico supervisionado. avaliar a eficácia de diferentes doses (intensidade) de treinamento de exercício supervisionado - concomitante ao aconselhamento de estilo de vida - como ferramenta de intervenção de atenção primária para o manejo de fatores de risco de síndrome metabólica em adultos com baixa atividade intervenção de aconselhamento de estilo de vida que incorpora estratégias para promover atividade física regular, minimizar o comportamento sedentário, melhorar os hábitos alimentares e melhorar a autoeficácia dos participantes.	Programas de exercícios físicos estruturados conduzidos por profissionais competentes são mais eficazes em encorajar os indivíduos sedentários a se tornarem mais ativos do que programas ou programas mal estruturados que são autoadministrados em casa. No entanto, para alcançar resultados duradouros e bem-sucedidos, esses programas precisam incluir metas e estratégias psicológicas (humor, alfabetização, autoeficácia, integração social) voltadas para a mudança de comportamento. Nesse sentido, nosso estudo inclui uma intervenção de aconselhamento de estilo de vida que incorpora estratégias para promover atividade física regular, minimizar o comportamento sedentário, melhorar os hábitos alimentares e melhorar a autoeficácia dos participantes.
Jacobs-van der Bruggen et al 2017	Holanda	“Lifestyle interventions are cost-effective in people with different levels of diabetes risk: results from a modeling study.” Analisar os benefícios de longo prazo e custo-efetividade de um programa de estilo de vida baseado na comunidade para a população em geral (intervenção comunitária) e uma intervenção intensiva de estilo de vida para adultos obesos, implementada em um ambiente de saúde (Intervenção em saúde).	As intervenções de saúde para grupos de alto risco e intervenções de estilo de vida baseadas na comunidade voltadas para a população em geral (baixo risco) são formas rentáveis de conter a carga crescente de diabetes.
Jenum, A et al 2006	Oslo, Noruega Projeto de coorte pseudo-experimental Comparar as mudanças nos fatores de risco de uma intervenção e um distrito de controle com status socioeconômico semelhante	“Promoting physical activity in a low-income multiethnic district: effects of a community intervention study to reduce risk factors for type 2 diabetes and cardiovascular disease: a community intervention reducing inactivity.” Conjunto de atividades baseadas na teoria para promover a atividade física foram implementadas e adaptadas para grupos com diferentes prontidões psicossociais para a mudança	Mudanças nos distritos de intervenção e controle: O aumento da atividade física medido por dois questionários Auto relatados foi de 9,5% e 8,1% respectivamente. A proporção que aumentou sua massa corporal foi 14,2% menor no distrito de intervenção (P 0,001), implicando uma redução relativa de 50% em relação ao controle. observados efeitos benéficos para os níveis de triglicéridos, tensão arterial e glicemia nos homens. A proporção líquida de pacientes que deixaram de fumar foi de 2,9%. Através de um programa de intervenção populacional de baixo custo baseado na teoria, observamos um aumento nos níveis de atividade física, ganho de peso reduzido e mudanças benéficas em outros fatores de risco para diabetes tipo 2 e doença cardiovascular.

Smalls, B. L., Gregory, C. M., Zoller, J. S., & Egede, L. E. (2015)		<p>“Assessing the relationship between neighborhood factors and diabetes related health outcomes and self-care behaviors”.</p> <p>Estudos têm demonstrado que as características da comunidade e do bairro podem afetar os resultados de saúde das pessoas com doenças crônicas, incluindo o DM2. Fatores como crime, violência e falta de recursos têm se mostrado barreiras aos resultados ótimos de saúde na diabetes</p>	<p>Ambiente de caminhada, atividades, insegurança alimentar, comparação de bairros, coesão social e apoio social têm associações estatisticamente significativas com comportamentos de autocuidado e resultados em graus variados.</p> <p>Este estudo sugere que a insegurança alimentar, atividades de bairro, estética e apoio social podem ser alvos importantes para Intervenções em indivíduos com DM2.</p>
Pessoa, M. C., Mendes, L. L., Gomes, C. S., Martins, P. A., & Velasquez-Melendez, G. (2015).	<p>Brasil</p> <p>Estudo Observacional transversal</p>	<p>“Food environment and fruit and vegetable intake in a urban population: a multilevel analysis”.</p> <p>Os fatores ambientais, sociais e individuais influenciam os padrões alimentares, que por sua vez afetam o risco de muitas doenças crônicas. Este estudo teve como objetivo estimar as associações entre fatores ambientais e o consumo de frutas e hortaliças entre adultos em um contexto urbano brasileiro.</p>	<p>Observaram-se maiores scores de ingestão de frutas e hortaliças em bairros com maior densidade de estabelecimentos de alimentos saudáveis e maior renda. Scores mais baixos foram observados na vizinhança com maior densidade de estabelecimentos de alimentos não saudáveis. Estas associações foram ajustadas por variáveis individuais como sexo, idade, atividade física, consumo de bebidas açucaradas, nível de educação e tabagismo. Discussão: O ambiente alimentar pode explicar algumas das disparidades socioeconômicas com relação à ingestão alimentar saudável e aos resultados de saúde. As lojas de alimentos saudáveis são menos comuns em bairros socialmente desfavorecidos e, portanto, os alimentos saudáveis, como frutas e legumes, estão menos disponíveis ou são de menor qualidade em áreas de baixa renda. Conclusão: as características do ambiente alimentar e o nível socioeconômico do bairro tiveram associações significativas com frutas e vegetais.</p>

APENDICE II - Questionário de colheita de dados

--	--	--

QUESTIONÁRIO

Intervenção Comunitária de Enfermagem na Avaliação do Risco de Diabetes Tipo 2 no adulto

Este questionário tem como objetivo exclusivo avaliar o risco de desenvolver Diabetes Tipo 2 nos adultos com idades compreendidas entre os 20 e 40 anos. Ao participar estará a ajudar a melhorar a intervenção de enfermagem na prevenção da Diabetes Tipo 2.
Agradecemos a sua colaboração

DATA: |_|_|/|_|_|/|_|_|

PARTE 1 - PARÂMETROS ANTROPOMÉTRICOS

1. **Glicémia Ocasional** |_|_|_| mg/dl
2. **Peso** |_|_|_|, |_| kg
3. **Altura** |_|_|_|cm
4. **IMC** |_|_|
5. **Perímetro Abdominal** |_|_|_|cm

PARTE II - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E ANTECEDENTES PESSOAIS

6. Idade anos

7. Sexo: 1. ☐ masculino 2. ☐ feminino

8. Raça/Etnia _____

9. País de Origem _____

10. Tempo de permanência em Portugal _____

11. Qual é o seu estado civil?

- 1. ☐ Solteiro(a)
- 2. ☐ Casado(a)
- 3. ☐ União de Facto
- 4. ☐ Viúvo(a)
- 5. ☐ Divorciado(a)
- 6. ☐ Separado(a)

12. Escolaridade: Nível de Escolaridade:

- 1. ☐ Não frequência escolar
- 2. ☐ 1.º e 2.º ciclo ensino
- 3. ☐ 3.º ciclo ensino básico (até ao 9.º ano)
- 4. ☐ Ensino secundário (até ao 12.º ano)
- 5. ☐ Ensino superior (bach, lic, pós-lic, mest)
- 6. ☐ Doutoramento
- 7. ☐ Sabe ler? 1. ☐ Sim 2. ☐ Não
- 8. ☐ Sabe escrever? 1. ☐ Sim 2. ☐ Não

13. Qual a sua situação profissional?

1. ☐ Ativo(a)
2. ☐ Desempregado(a)
3. ☐ Reformado(a)

14. Como se desloca habitualmente ao Centro de Saúde?

1. ☐ Carro próprio
2. ☐ Carro de familiar
3. ☐ Autocarro
4. ☐ Bicicleta
5. ☐ Mota
6. ☐ A pé
7. ☐ Outro Qual? _____

15. Tem algum familiar com diabetes tipo 2?

1. Sim ☐ Quem? _____
2. Não ☐

PARTE 3 - FICHA DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE DIABETES TIPO 2 (Circular Normativa N.º 23/DSCS/DPCD de 14/11/2007)

Assinalar a resposta que se adapta à sua situação (nas 8 questões) e somar o total de pontos obtidos.

16. Idade

1. ☐ Menos de 35 anos
2. ☐ 0 p. Menos de 45 anos
3. ☐ 2 p. 45-54 anos
4. ☐ 3 p. 55-64 anos
5. ☐ 4 p. Mais de 64 anos

17. Índice de Massa Corporal – IMC = peso (Kg) / (altura em cm)²

1. ☐ 0 p. Menos de 25 kg/m²
2. ☐ 1 p. 25-30 kg/m²
3. ☐ 3 p. Mais de 30 kg/m²

18. Medida da cintura (normalmente ao nível do umbigo)

HOMENS

1. ☐ 0 p. Menos de 94 cm
2. ☐ 3 p. 94-102 cm
3. ☐ 4 p. Mais de 102 cm

MULHERES

1. ☐ 0 p. Menos de 80 cm
2. ☐ 3 p. 80-88 cm
3. ☐ 4 p. Mais de 88 cm

19. Prática, diariamente, atividade física pelo menos durante 30 minutos no trabalho ou durante o tempo livre (incluindo atividades da vida diária)?

1. ☐ 0 p. Sim
2. ☐ 2 p. Não

20. Com que regularidade come vegetais e/ou fruta?

1. ☐ 0 p. Todos os dias
2. ☐ 1 p. Às vezes

21. Toma regularmente, ou já tomou, alguns medicamentos para a hipertensão arterial?

1. ☐ 0 p. Não
2. ☐ 2 p. Sim

22. Alguma vez teve açúcar elevado no sangue (por ex. num exame de saúde, durante um período de doença ou durante a gravidez)?

1. ☐ 0 p. Não
2. ☐ 5 p. Sim

23. Tem algum membro de família próxima ou outros familiares a quem foi diagnosticado diabetes (Tipo 1 ou Tipo 2)?

1. ☐ 0 p. Não
2. ☐ 3 p. Sim: avós, tias, tios ou primos 1º grau (exceto pais, irmãos, irmãs ou filhos)?
3. ☐ 5 p. Sim: Pais, irmãos, irmãs ou filhos

PARTE 4 - CARACTERIZAÇÃO DOS ESTILOS DE VIDA

24. Tem Hábitos Tabágicos?

1. ☐ Sim Anos de Consumo _____
2. ☐ Não

25. Apresenta alguma alteração na mastigação?

1. ☐ Sim Qual? _____
2. ☐ Não

26. Apresenta alguma alteração na deglutição?

1. ☐ Sim Qual? _____
2. ☐ Não

27. Quantas refeições faz por dia?

1. ☐ Menos de 3 refeições/dia
2. ☐ 3 a 5 refeições/dia
3. ☐ 6 ou mais refeições/dia

28. Na maior parte das vezes como confeciona os seus alimentos?

1. ☐ Cozidos
2. ☐ Grelhado
3. ☐ Refogados
4. ☐ Fritos

29. Quais os seus hábitos alimentares mais frequentes?

	Diariamente (nº vezes)	Semanalmente (nº vezes)	Mensalmente (nº vezes)
Peixe			
Carne			
Vegetais/ Hortícolas			
Fruta			
Pão			
<i>Fast Food</i>			
Doces			

30. Apresenta alguma limitação física ou psicomotora que influencie a atividade física?

1. ☐ Sim Qual? _____
2. ☐ Não

31. Com que regularidade pratica Atividade Física?

1. ☐ Não Pratico Atividade Física
2. ☐ Diariamente
3. ☐ Semanalmente
4. ☐ Mensalmente

Quantas vezes? _____

32. Trabalha por turnos?

1. ☐ Sim Especifique _____
2. ☐ Não

33. Existe alguma alteração ao nível da comunicação verbal e não verbal? (que possa influenciar a informação obtida, com a aplicação deste questionário e simultaneamente as futuras sessões de educação para a saúde)?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
3. ☐ Talvez

Muito obrigado pela sua colaboração

APENDICE III - Quadro de variáveis do estudo e sua categorização

Quadro de Classificação das Variáveis do Estudo e sua categorização

	Dependente	Independente	Qualitativa		Quantitativa	
			Nominal	Ordinal	Intervalar	Razão
Peso		X				X
Idade		X			X	
sexo		X	X			
IMC		X			X	
Perímetro Abdominal		X			X	
Etnia		X	X			
Glicemia capilar		X			X	
Atividade Física		X	X			
Risco Diabetes tipo 2	X			X		
Hábitos Alimentares		X	X			

APENDICE IV - Dados da caracterização da amostra

Caracterização Antropométrica da amostra

Tabela 1 - Caracterização antropométrica da amostra

	Glicemia Oca	Peso	IMC	P A	Altura
Média	96,86	69,88	24,66	84,62	168,48
Mediana	98,50	70,00	24,00	82,50	166,00
Moda	79	70	27	75	165
Desvio Padrão	15,455	13,258	4,552	11,402	9,643
Mínimo	69	49	17	69	148
Máximo	131	105	37	122	193

Tabela 2 - Caracterização dos participantes segundo glicemia ocasional

GLICÉmia	N	FR
<80 MG/DL	12	24,0
80≤125 MG/DL	35	70,0
>125 MG/DL	3	6,0
TOTAL	50	100%

Tabela 3 - Caracterização das participantes segundas o peso

PESO	N	FR
<75 KG	32	64,0
75≤100 KG	17	34,0
>100 KG	1	2,0
TOTAL	50	100%

Tabela 4 - Caracterização dos participantes segundo o IMC

IMC	N	FR
<25 KG/M2	26	52,0
25<30 KG/M2	19	38,0
>30 KG/M2	5	10,0
TOTAL	50	100%

Tabela 5 - Caracterização dos participantes segundo o perímetro abdominal e o sexo

SEXO	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
PERÍMETRO ABDOMINAL	n	Fr	n	Fr	n	Fr
BAIXO RISCO ♂ < 94CM ♀ < 80 CM	15	78,9%	11	35,3%	26	52%
RISCO MODERADO ♂ 94-102 CM ♀ 80-88 CM	4	21,1%	9	29%	13	26%
RISCO ELEVADO ♂ > 102 CM ♀ > 88 CM	0	0%	11	35,5	11	22%
TOTAL	19	100%	31	100%	50	100%

Caracterização sociodemográfica da amostra

Tabelas 6 - Caracterização da amostra segundo a idade

Idade	n	Fr
20≥24 anos	14	28,0
25≥29 anos	16	32,0
30≥34 anos	12	24,0
35≥41 anos	8	16,0
Total	50	100%

	IDADE
Média	28,06
Mediana	28,00
Moda	22
Desvio padrão	5,419
Mínimo	20
Máximo	40

Tabela 7 - Caracterização dos participantes segundo o Sexo

SEXO	N	FR
MASCULINO	19	38,0 %
FEMININO	31	62,0%
TOTAL	50	100,0%

Tabela 8 – Caracterização dos participantes segundo o país de origem

PAÍS DE ORIGEM	N	FR
PORTUGAL	6	12,0
CABO VERDE	25	50,0
SÃO TOMÉ	18	36,0
GUINÉ	1	2,0
TOTAL	50	100%

Tabela 9 – Caracterização dos participantes segundo tempo de permanência em Portugal

TEMPO DE PERMANÊNCIA EM PORTUGAL	N	FR
1≥5 ANOS	9	18,0
6≥10 ANOS	12	24,0
11≥15 ANOS	3	6,0
16≥20 ANOS	7	14,0
>20 ANOS	19	38,0
TOTAL	50	100%

Tabela 10 – Caracterização dos participantes segundo o estado civil

ESTADO CIVIL	N	FR
Solteiro	38	76,0
Casado	6	12,0
União facto	6	12,0
Total	50	100,0%

Tabela 11– Caracterização dos participantes segundo o nível de escolaridade

NÍVEL DE ESCOLARIDADE	N	FR
1º e 2º Ciclo	14	28,0
3º Ciclo (até ao 9º ano)	21	42,0
Ensino secundário (até ao 12º ano)	13	26,0
Ensino superior (bach, lic, pós-lic, mest)	2	4,0
TOTAL	50	100%

Tabela 12 – Caracterização dos participantes segundo situação profissional

SITUAÇÃO PROFISSIONAL	N	FR
Ativo	33	66,0
Desempregado	17	34,0
Total	50	100,0%

Tabela 13 – Caracterização dos participantes segundo modo deslocação ao Centro de Saúde

DESLOCAÇÃO CENTRO SAÚDE	N	FR
Carro próprio	7	14,0
Carro familiar	2	4,0
Autocarro	15	30,0
A pé	14	28,0
Autocarro ou a pé	8	16,0
Carro ou autocarro	1	2,0
Carro ou a pé	3	6,0
TOTAL	50	100,0%

Caracterização Antecedentes Pessoais da amostra

Tabela 14 – Caracterização dos participantes segundo familiares com diabetes

FAMILIARES COM DIABETES	N	FR
Sim	32	64,0
Não	18	36,0
TOTAL	50	100,0%

PARENTESCO DOS FAMILIARES COM DIABETES	N	FR
Nenhum	18	36,0
Pais	12	24,0
Avos	11	22,0
Tios	9	18,0
TOTAL	50	100,0%

Tabela 15 – Caracterização dos participantes segundo toma medicamentos para a hipertensão arterial

TOMA MEDICAÇÃO PARA HTA	N	FR
NÃO	50	100%

Tabela 16 – Caracterização dos participantes segundo antecedentes de açúcar elevado no sangue

ANTECEDENTES DE AÇÚCAR ELEVADO NO SANGUE	N	FR
Sim	0	0,0
Não	50	100,0
TOTAL	50	100%

Caracterização dos Estilos de vida da amostra

Tabela 17 -Caracterização dos participantes segundo Hábitos Tabágicos

HÁBITOS TABÁGICOS	N	FR
Sim	17	34,0
Não	33	66,0
TOTAL	50	100,0%
ANOS DE CONSUMO TABÁGICO	n	Fr
1≥5 anos	2	12,0
5≥10 anos	6	35,0
≥10 anos	9	53,0
TOTAL	17	100,0%

Tabela 18 - Caracterização dos participantes segundo a prática diária de pelo menos 30 minutos de atividade física

PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA	N	FR
Sim	36	72,0
Não	14	28,0
TOTAL	50	100,0%

Tabela 19 – Caracterização dos participantes segundo a prática diária de atividade física e o sexo

PRÁTICA DIÁRIA DE ATIVIDADE FÍSICA, 30 MIN, INCLUINDO AVD'S	SEXO					
	Feminino		Masculino		Total	
	n	Fr	n	Fr	n	Fr
PRÁTICA	22	44%	14	28%	36	72%
NÃO PRÁTICA	9	18%	5	10%	14	28%
TOTAL	31	62%	19	38%	50	100%

Tabela 20 - Caracterização dos participantes segundo regularidade que come vegetais e/ou fruta

CONSUMO DE VEGETAIS E/OU FRUTA	N	FR
Todos os dias	27	54,0
Às vezes	23	46,0
TOTAL	50	100,0%

Tabela 21 - Caracterização dos participantes segundo numero de refeições diárias

NUMERO DE REFEIÇÕES DIÁRIAS	N	FR
<3ref/dia	9	18,0
3<5ref/dia	39	78,0
6 ou + ref/dia	2	4,0
TOTAL	50	100,0%

Tabela 22 - Caracterização dos participantes segundo modo de confeção dos alimentos

MODO DE CONFEÇÃO DOS ALIMENTOS	N	FR
Cozidos	7	14,0
Grelhados	1	2,0
Refogados	8	16,0
Fritos	4	8,0
Refogados e fritos	9	18,0
Cozidos e grelhados	7	14,0
Grelhados e refogados	3	6,0
Cozidos e refogados	6	12,0
Grelhados e fritos	2	4,0
Cozidos, refogados e fritos	3	6,0
TOTAL	50	100%

Tabela 23 - Caracterização dos participantes segundo hábitos alimentares mais frequentes e frequência do consumo

	PEIXE		CARNE		VEGETAIS		FRUTA		PÃO		FAST FOOD		DOCES	
	n	Fr	n	Fr	n	Fr	n	Fr	n	Fr	n	Fr	n	Fr
Não ingere	4	8,0	0	0	3	6,0	4	8,0	2	4,0	10	20,0	8	16,0
Diariamente	5	10,0	41	82,0	21	42,0	27	54,0	37	74,0	4	8,0	12	24,0
Semanalmente	33	66,0	9	18,0	26	52,0	19	38,0	10	20,0	19	38,0	23	46,0
Mensalmente	8	16,0	0	0	0	0	0	0	1	2,0	17	34,0	7	14,0
TOTAL	50	100%	50	100%	50	100%	50	100%	50	100%	50	100%	50	100%

Tabela 24 - Caracterização dos participantes segundo trabalho por turnos

TURNOS	N	FR
Sem turnos	41	82,0
Noite	1	2,0
Manhã ou tarde	6	12,0
Manhã, tarde ou noite	1	2,0
Manhã ou noite	1	2,0
TOTAL	50	100,0%

Tabela 25 - Caracterização dos participantes segundo o Nível de Risco de Diabetes Tipo 2.

NÍVEL DE RISCO DE DIABETES TIPO 2	N	FR
Baixo risco	29	58,0
Sensivelmente elevado	19	38,0
Moderado	1	2,0
Alto risco	1	2,0
TOTAL	50	100,0%

APENDICE V - Classificação de juízes de acordo com Benner (2001)

Classificação de Juízes de acordo com Benner (2001)

Membro do grupo	Idade	Sexo	Formação Académica, Experiência Profissional e Experiência profissional em CSP na área da Diabetes	Competências de Perito segundo Benner (2001)
1º Membro	45 anos	F	<p>Licenciatura em Enfermagem</p> <p>Estudante do mestrado de Enfermagem Comunitária</p> <p>24 anos de experiência profissional, dos quais 17 em cuidados de saúde diferenciados (cirurgia Vascular e Cardiologia) e 7 anos em cuidados de saúde primários.</p> <p>Responsável pela consulta de enfermagem aos utentes com diabetes desde 2011.</p> <p>Elemento de Referência da Unidade Funcional da Diabetes do ACES AS e HGO</p> <p>Várias formações na área da Diabetes na APDP e outras entidades.</p>	<p>Pensamento crítico que permite agir de forma mais adequada perante uma situação concreta</p> <p>Considera o conjunto da situação como um todo o que facilita a sua resolução</p> <p>Capacidade de comunicação com indivíduo, famílias e comunidades</p> <p>Identifica a aprendizagem como um processo para toda a vida</p>
2º Membro	38 anos	F	<p>Especialidade em Enfermagem Comunitária</p> <p>16 anos de experiência profissional, dos quais 9 anos em cuidados de saúde diferenciados (cirurgia, nefrologia, medicina) e 11 anos em cuidados de saúde primários. Acumulou funções 2006 a 2010.</p> <p>Realizou cursos de formação na APDP em todas as áreas da diabetes.</p> <p>Realizou consultas de enfermagem a utentes com diabetes durante 6 anos.</p> <p>Elemento do projeto da UCC em parceria com a Câmara municipal Seixal, "Diabetes em Movimento".</p>	<p>Desenvolve a sensibilidade e a diversidade na prática da enfermagem</p>

APENDICE VI - Quadro priorização dos problemas

Priorização dos problemas utilizando a Grelha de análise

CRITÉRIOS	PROBLEMA 1	PROBLEMA 2
Importância do problema	-	+
Relação problema/fator de risco	+	+
Capacidade técnica de resolução	+	+
Exequibilidade	+	+
RESULTADO	9	1

Problema 1 - Déficit de conhecimento sobre alimentação saudável manifestado por alimentação pouco fracionada e baixa ingestão de frutas e vegetais e consequente aumento de peso e perímetro abdominal nos participantes com risco de desenvolver DM2.

Problema 2 - Déficit de conhecimento sobre importância da prática de atividade física para redução do peso e perímetro abdominal, manifestada por baixa prática de atividade física nos participantes com risco de desenvolver DM2

APENDICE VII - Diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola Pender
adaptado à intervenção realizada no bairro de Santa Marta

Diagrama do Modelo de Nola Pender adaptado à Intervenção Comunitária no Adulto dos 20 aos 40 anos no bairro de Santa Marta, na Promoção de Comportamentos de Saúde

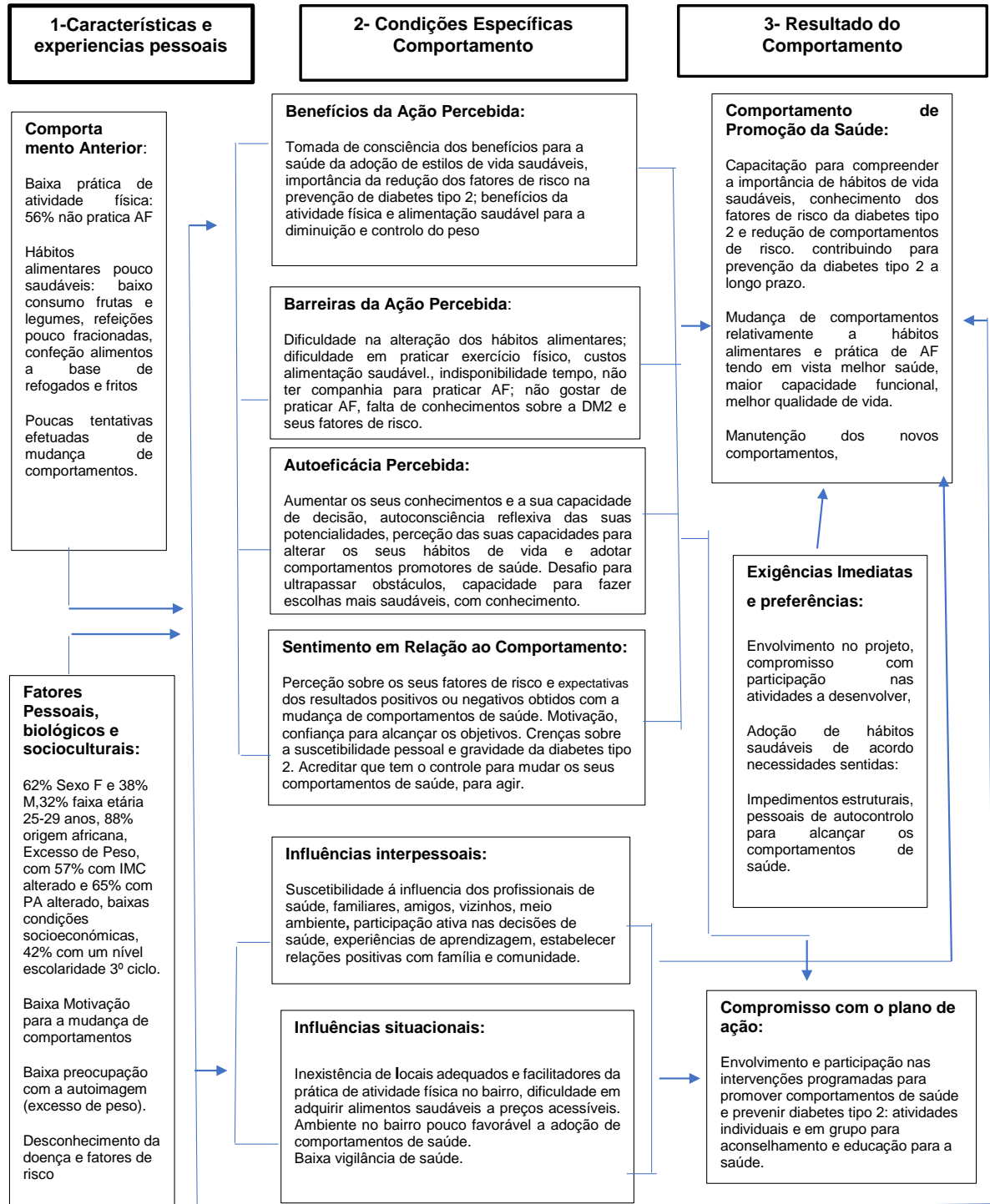


Figura 1- Adaptado do Modelo de Nola Pender et al. (2011). Health Promotion in Nursing Practice. 6th ed. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

APENDICE VIII - Plano Operacional

Planeamento das Atividades de Intervenção Comunitária

Objetivo Geral	Objetivos Operacionais	Atividades/Intervenções	Recursos	Avaliação
Promover comportamentos saudáveis para a prevenção de DM2, através da prática regular da atividade física e de uma alimentação saudável, no adulto dos 20 aos 40 anos do bairro de Santa Marta, de outubro 2017 a fevereiro 2018.	1 - Informar os cinco participantes com risco de DM2 e IMC > 30 sobre os fatores de risco de desenvolvimento de DM2 e importância do seu controlo	1 - Contacto individual com cada um dos cinco participantes, agendamento de encontro para informar dos resultados do seu questionário e incentivar a sua participação no projeto e adesão às atividades programadas 2 - Sessão de educação para a saúde individualizada sobre os seus fatores de risco e modo de prevenção de DM2	Enfermeira Mestranda, No bairro Enfermeira Mestranda. No Centro comunitário e no bairro. Computador	Taxa de contactos realizados – 100% contactos Taxa de adesão ao projeto de 60% dos participantes Taxa de adesão dos participantes às sessões individuais - 60% dos participantes convocados

Planeamento das Atividades de Intervenção Comunitária				
Objetivo Geral	Objetivos Operacionais	Atividades/Intervenções	Recursos	Avaliação
Promover comportamentos saudáveis para a prevenção de DM2, através da prática regular da atividade física e de uma alimentação saudável, no adulto dos 20 aos 40 anos do bairro de Santa Marta, de outubro 2017 a fevereiro 2018		3 - Sessão de educação para a saúde em grupo, aos cinco participantes com IMC > 30. (Plano da sessão I em Apêndice 8)	Enfermeira Mestranda; No centro comunitário e no centro de saúde. Cartaz Roda dos Alimentos Computador e Projetor	Taxa de participantes presentes nas sessões – 60% dos participantes Taxa de participantes que identificam corretamente dois fatores de risco de DM2 – 60% dos participantes Taxa de participantes que identificaram corretamente as características de uma alimentação saudável - 60% dos participantes Taxa de participantes que avaliaram de forma satisfatória os conteúdos transmitidos - 60% dos participantes

Planeamento das Atividades de Intervenção Comunitária

Objetivo Geral	Objetivos Operacionais	Atividades/Intervenções	Recursos	Avaliação
Promover comportamentos saudáveis para a prevenção de DM2, através da prática regular da atividade física e de uma alimentação saudável, no adulto dos 20 aos 40 anos do bairro de Santa Marta, de outubro 2017 a fevereiro 2018.	2- Identificar comportamentos incorretos relativamente aos hábitos alimentares e prática de atividade física nos cinco participantes com risco de DM2 e IMC>30	4 - Pedido de auto registo diário (três dias) do comportamento alimentar 5 - Avaliação da motivação individual para a prática de atividade física	Enfermeira Mestranda; Folhas de registo diário da alimentação praticada (apêndice XIII) Ficha de avaliação clinica para o Plano de Promoção da saúde de Nola Pender (anexo III)	Taxa de adesão dos participantes ao auto registo do comportamento alimentar- 60% dos participantes

Planeamento das Atividades de Intervenção Comunitária				
Objetivo Geral	Objetivos Operacionais	Atividades/Intervenções	Recursos	Avaliação
Promover comportamentos saudáveis para a prevenção de DM2, através da prática regular da atividade física e de uma alimentação saudável, no adulto dos 20 aos 40 anos do bairro de Santa Marta, de outubro 2017 a fevereiro 2018	3 - Aumentar os conhecimentos da população adulta dos 20 aos 40 anos do bairro de Santa Marta de Corroios acerca da alimentação saudável e da prática de atividade física regular na prevenção da DM2	6 - Contacto individual de todos os participantes do estudo a quem foi diagnosticado qualquer nível de risco de DM2, informando-os do seu nível de risco e quais os seus fatores de risco. (apêndice XVI) 7 - Convocar todos os participantes para uma sessão de educação para a saúde em grupo, a realizar para a comunidade, com distribuição de panfletos pela população do bairro e entrega individual do convite a todos os participantes a quem foi diagnosticado qualquer nível de risco de DM2.	Enfermeira Mestranda; Convite individualizado (apêndice XVI) Panfletos (apêndice XVII) e cartaz informativo sobre a realização do “magusto Saudável” na comunidade (apêndice XVIII)	Taxa de contactados efetuados – 80% dos participantes

Planeamento das Atividades de Intervenção Comunitária

Objetivo Geral	Objetivos Operacionais	Atividades/Intervenções	Recursos	Avaliação
Promover comportamentos saudáveis para a prevenção de DM2, através da prática regular da atividade física e de uma alimentação saudável, no adulto dos 20 aos 40 anos do bairro de Santa Marta, de outubro 2017 a fevereiro 2018.		<p>Afixar um cartaz informativo sobre a realização da sessão no centro comunitário, uma semana antes do evento.</p> <p>8 - Sessão de educação para a saúde em grupo sobre hábitos alimentares saudáveis e prática de atividade física regular, na prevenção da DM2 (Plano da sessão II em Apêndice XIX)</p>	<p>Enfermeira Mestranda; Enfermeira orientadora Aluna de enfermagem No centro comunitário Cartaz Roda dos Alimentos</p>	<p>Taxa de participantes presentes na sessão de EpS- 50% dos participantes</p> <p>Taxa de participação (intervenção, comentários ou observações) durante a sessão de EpS – 60% dos participantes</p>

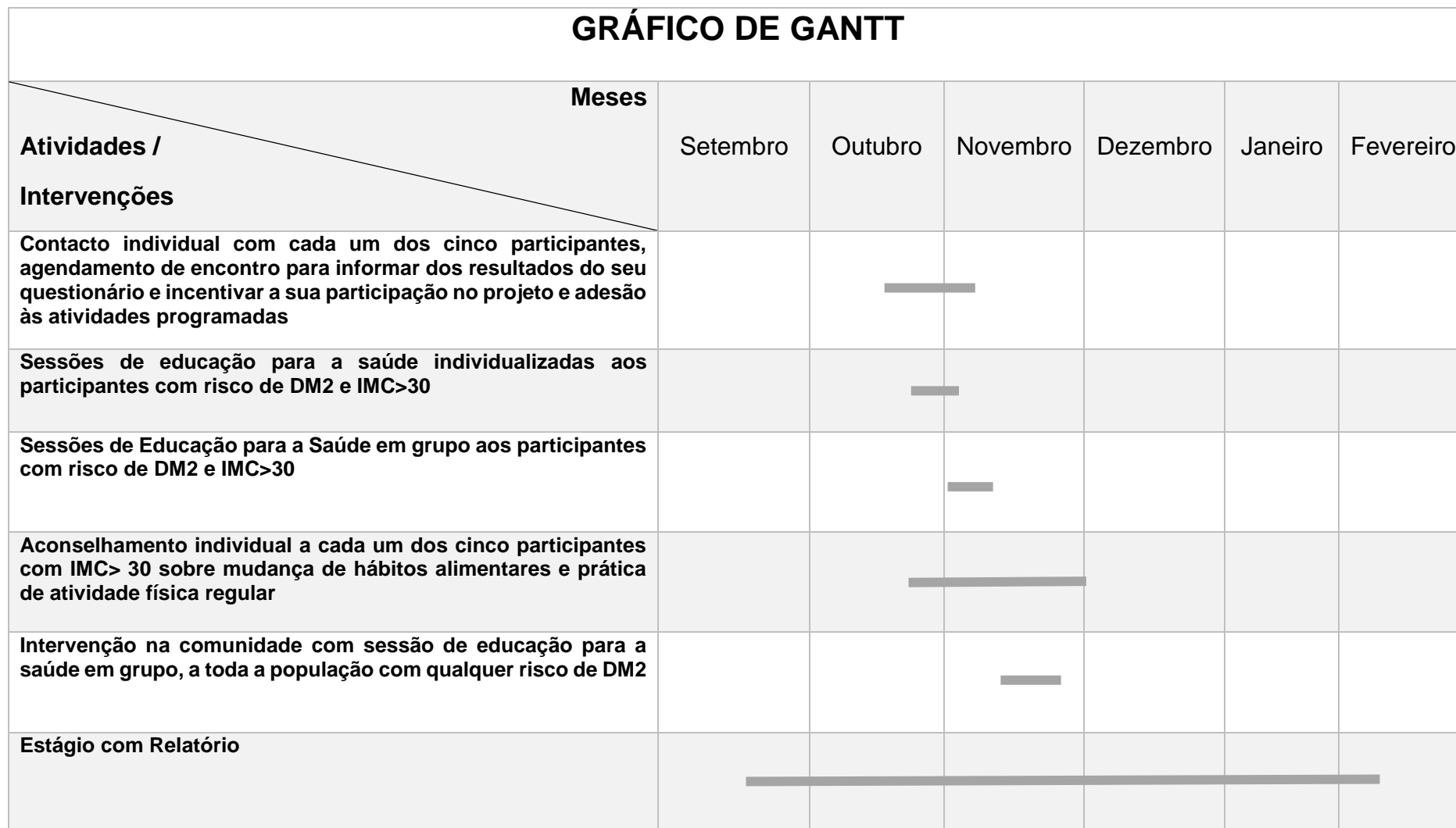
Planeamento das Atividades de Intervenção Comunitária				
Objetivo Geral	Objetivos Operacionais	Atividades/Intervenções	Recursos	Avaliação
			Computador e Projetor	Taxa de participantes que avaliem de forma satisfatória os conteúdos transmitidos- 60% dos participantes Diminuição do nº de repostas erradas nos questionários de avaliação de conhecimentos

Planeamento das Atividades de Intervenção Comunitária


Objetivo Geral	Objetivos Operacionais	Atividades/Intervenções	Recursos	Avaliação
Promover comportamentos saudáveis para a prevenção de DM2, através da prática regular da atividade física e de uma alimentação saudável, no adulto dos 20 aos 40 anos do bairro de Santa Marta, de outubro 2017 a fevereiro 2018.	4 - Capacitar os participantes para a prática de atividade física regular	9 – Elaboração e entrega de folheto informativo sobre os “Benefícios e estratégias para praticar atividade física regularmente em casa.	Folheto informativo atividade física (apêndice XII)	Taxa de participantes na sessão prática de atividade física – 80% dos participantes
	5 - Capacitar os participantes para uma alimentação saudável, variada e polifracionada,	10 - Realização de uma sessão prática de atividade física	Técnica de educação física Bolas e garrafas com areia (pesos)	
		11 - Aconselhamento individual a cada um dos cinco participantes com IMC > 30 sobre mudança de hábitos alimentares com elaboração em parceria com o utente de um plano individualizado e ajustado aos seus hábitos alimentares.	Enfermeira Mestranda, no centro comunitário e no bairro. Plano Alimentar individualizado (apêndice XXI)	Taxa de sessões de aconselhamentos individual realizadas - 60% dos participantes

Planeamento das Atividades de Intervenção Comunitária				
Objetivo Geral	Objetivos Operacionais	Atividades/Intervenções	Recursos	Avaliação
Promover comportamentos saudáveis para a prevenção de DM2, através da prática regular da atividade física e de uma alimentação saudável, no adulto dos 20 aos 40 anos do bairro de Santa Marta, de outubro 2017 a fevereiro 2018		<p>Sessão de educação para a saúde em grupo sobre alimentação saudável (Atividades 8)</p> <p>12 - Incentivo à ingestão de frutas e legumes</p> <p>13 - Confeção de uma refeição saudável (Caldo verde sem batata) e castanhas assados na brasa.</p>	<p>Cesta com Fruta da época Castanhas assadas Cabaz alimentos variados e equilibrados segundo grupos da roda dos alimentos</p> <p>Enfermeira Mestranda; Enfermeira orientadora Aluna de enfermagem No centro comunitário</p>	Taxa de participantes presentes na sessão de EpS- 50% dos participantes

APENDICE XIX - Gráfico de Gantt



APENDICE X - Plano da sessão de educação para a saúde em grupo I

	PLANO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE I	
População-alvo		Moradores do Bairro de Santa Marta, todos os adultos entre os 20 e os 40 anos que correspondam aos critérios de inclusão definidos
Participantes na sessão de educação		Cinco participantes a quem foi diagnosticado nível moderado ou alto de DM2, ou sensivelmente elevado com IMC>30
Modelo de educação para a saúde		Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

Tema	Importância do controlo dos fatores de risco no desenvolvimento da DM2
Local	Centro Comunitário de Santa Marta de Corroios/ UCSP Corroios
Data	03 e 09 de novembro de 2017
Duração	60 minutos
Formadores	Lúcia Lopes
Finalidade da Formação	Dar a conhecer aos participantes os fatores de risco de DM2 de modo a prevenir o seu desenvolvimento.

Objetivo pedagógico geral:

Dar a conhecer aos participantes os fatores de risco de forma a modificar comportamentos de saúde e prevenir a DM2

Objetivos Específicos:	Domínio
Identificar comportamentos incorretos relativamente à alimentação e à prática de atividade física Promover a prática de atividade física regular Promover uma alimentação saudável, variada e polifracionada com o aumento do consumo de vegetais e fruta Partilhar estratégias para diminuir os fatores de risco	Cognitivo Afetivo

ETAPA	CONTEÚDOS	DOMÍNIOS	MÉTODOS	TÉCNICAS	RECURSOS	TEMPO
INTRODUÇÃO	Apresentação Apresentação do projeto e justificação do mesmo	cognitivo	expositivo	Exposição oral e visual	Computador e projetor Enfermeira Mestranda	10´
DESENVOLVIMENTO	DM2 e seus fatores de risco Ficha de avaliação do risco da DGS Alimentação Saudável, sua importância e estratégias para a sua confecção Importância da Atividade física e estratégias para a prática regular	Cognitivo Afetivo	expositivo interrogativo interativo	Exposição oral e visual Colocar questões para estimular a discussão: Favorecer a participação/interação dos participantes	Computador e projetor Roda dos Alimentos Folheto com exercícios para praticar em casa Enfermeira Mestranda	40´
CONCLUSÃO	Esclarecimento das dúvidas dos participantes Orientação para a sessão de educação para a saúde, a realizar para a comunidade a 23 novembro "Magusto Saudável"	Cognitivo Afetivo	Expositivo Interrogativo	Exposição oral e visual Dar oportunidade aos participantes para exporem as suas duvidas	Enfermeira Mestranda Cartaz e panfletos de divulgação da sessão	5´
AVALIAÇÃO	Preenchimento das fichas de avaliação dos conhecimentos e da sessão	Afetivo	Interrogativo	Pedido de preenchimento dos questionários de avaliação	Folhas de avaliação da sessão e de conhecimentos, caneta Participantes Enfermeira	5´

Indicadores de Avaliação da sessão I	
<p>Taxa de participantes presentes nas sessões –60% dos participantes</p> <p>$\frac{\text{Nº de participantes presente na sessão}}{\text{Nº total de participantes convocados para a sessão}} \times 100$</p>	Indicador de presença
<p>Taxa de participantes que identificam corretamente dois fatores de risco de DM2 – 60% dos participantes</p> <p>$\frac{\text{Nº de participantes na sessão que identificaram corretamente dois fatores de risco de DM2}}{\text{Nº total de participantes na sessão que responderam ao questionário de avaliação}} \times 100$</p>	Indicador Conhecimento
<p>Taxa de participantes que identificaram corretamente as características de uma alimentação saudável - 60% dos participantes</p> <p>$\frac{\text{Nº de participantes na sessão que identificaram corretamente as características da alimentação saudável}}{\text{Nº total de participantes na sessão que responderam ao questionário de avaliação}} \times 100$</p>	Indicador Conhecimento
<p>Taxa de participantes que avaliaram de forma satisfatória os conteúdos transmitidos - 60% dos participantes</p> <p>$\frac{\text{Nº de participantes na sessão que avaliaram de forma positiva a sessão (Satisfeito ou muito satisfeito)}}{\text{Nº total de participantes na sessão que avaliaram a sessão}} \times 100$</p>	Indicador de satisfação

APENDICE XI - Diapositivos da sessão de educação para a saúde em grupo |

8º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de especialização em Enfermagem Comunitária

Importância Do Controlo Dos Fatores De Risco No Desenvolvimento Da Diabetes Mellitus Tipo 2

Mestranda: Enfermeira Lúcia Lopes
Docente Orientador: Professor doutor José Edmundo Sousa
Orientadora Estágio: Enfermeira Maria Faria

Bairro de Santa Marta de Corralos
03 Novembro 2017

INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA DE ENFERMAGEM NA AVALIAÇÃO DO RISCO DE DIABETES TIPO 2 NO ADULTO

BAIRRO DE SANTA MARTA DE CÔRREIOS

- * Avaliar O Risco De Desenvolvimento Do Diabetes Tipo 2 Nos Adultos Dos 20 Aos 40 Anos, No Bairro Do Santa Marta Da Correios;
- * Identificar Os Diferentes Níveis De Risco Qua A População Adulta Dos 20 Aos 40 Anos Apresenta;
- * Intervir Nos Fatores De Risco Identificados E Passíveis De Ser Modificáveis Através Da Intervenção De Enfermagem.

8º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de especialização em Enfermagem Comunitária

Objetivos da sessão:

GERAL:

- * Dar a conhecer aos participantes os fatores de risco de forma a modificar comportamentos de saúde e prevenir a DM2

ESPECÍFICOS:

- * Identificar comportamentos incorretos relativamente à alimentação e à prática de atividade física
- * Promover a prática de atividade física regular
- * Promover uma alimentação saudável, variada e polifrutificada com o aumento do consumo de vegetais e fruta
- * Partilhar estratégias para diminuir os fatores de risco

Bairro de Santa Marta de Corralos

DIABETES

- * DOENÇA CRÓNICA QUE OCORRE QUANDO OS NÍVEIS DE AÇÚCAR NO SANGUE ESTÃO AUMENTADOS.
- * ESSE AUMENTO RESULTA DE ALTERAÇÕES NO FUNCIONAMENTO DO PÂNCREAS QUE É O RESPONSÁVEL PELA PRODUÇÃO DA INSULINA.
- * O AUMENTO DE AÇÚCAR(GLICÓSE) NO SANGUE (HIPERGUCÉMIA), AO FINAL DE ALGUM TEMPO PODE PROVOCAR DIVERSAS COMPLICAÇÕES NO ORGANISMO.

[OWS, 2014]

DIABETES TIPO 2 (DM2)

Corresponde ao tipo de diabetes mais frequente (90% de todos os casos de diabetes) e está associada a um defeito da ação da insulina, muitas vezes, causada pela obesidade, gordura abdominal.

Avaliação do Risco de desenvolver diabetes tipo 2

Idade
IMC (peso e altura)
Medida da cintura
Prática diária de Atividade física
Regularidade que come vegetais/fruta
Medicamentos para a Tensão arterial
Episódio anterior de açúcar alto no sangue
Familiar com diabetes

FATORES DE RISCO DA DM2

Excesso de peso (IMC>25) e Obesidade (IMC>30)

Obesidade Abdominal, M >94 cm e M >80 cm.

Idade >45 anos se europeus e >35 anos se de outra origem/região do mundo.

Vida sedentária (não prática de atividade física)

História familiar de diabetes

Diabetes gestacional (gravidez)

FATORES DE RISCO DA DM2

Excesso de Peso (IMC 25>30) e Obesidade (IMC>30)

A obesidade é uma doença crônica que pode ter diversas causas, definida como uma acumulação anormal ou excessiva de gordura corporal.

Cálculo de IMC = peso(kg)/altura (cm)²

18,5-24,99	Peso normal
25-29,99	Excesso de Peso
30-34,99	Obesidade grau I
35-39,99	Obesidade grau II
≥ 40	Obesidade grau III

Os estilos de vida, como por exemplo, a alimentação desequilibrada e a inatividade física, são fatores que podem influenciar o aparecimento desta doença.

35,2% das mulheres e 64,5% dos homens têm pré-obesidade e obesidade.

FATORES DE RISCO DA DM2

- Perímetro Abdominal (PA) Aumentado

Risco de complicações metabólicas(diabetes) associado ao PA

	Risco Aumentado	Risco Muito Aumentado
Homens	≥ 94 cm	≥ 102 cm
Mulheres	≥ 80 cm	≥ 88 cm

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

- 7 GRUPOS ALIMENTARES DIFERENTES
- PORÇÕES DIÁRIAS DIFERENTES
- ALIMENTOS DO MESMO GRUPO TEM NUTRIENTES DIFERENTES
- TODOS SÃO IGUALMENTE IMPORTANTES



PREVENÇÃO DA DM2

Adoção de Estilos de vida Saudáveis



ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

- A ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL DEVE SER:
- COMPLETA
- VARIADA
- EQUILIBRADA

TENDO COMO BASE A RODA DOS ALIMENTOS

- VARIAR OS ALIMENTOS É MUITO IMPORTANTE, PORQUE DIFERENTES ALIMENTOS TEM DIFERENTES NUTRIENTES



ESTRATÉGIAS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

O PRATO DEVE SER PREENCHIDO DA SEGUINTE FORMA:

- METADE DEVE SER DE HORTALIÇAS E LEGUMES
- 1/4 COM BATATA, ARROZ OU MASSA
- 1/4 COM CARNE, PEIXE OU OVOS E LEGUMINOSAS

CONSUMO DE LEGUMES E FRUTAS:

- comer sempre 5 porções de fruta e legumes por dia
- variar a fruta e os legumes
- Dar preferência à fruta da época

PRINCIPAIS ERROS NA ALIMENTAÇÃO

- Poucas refeições por dia
- Não tomar o pequeno almoço
- Pouco consumo de vegetais
- Pouco consumo de frutas
- Várias horas sem comer
- Excesso de hidratos de carbono
- Ingestão de gorduras em excesso
- Modo de confeccionar os alimentos

Excesso de Peso

ESTRATÉGIAS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

- Iniciar o dia com um pequeno-almoço completo e saudável.
- Começar sempre o almoço e o jantar com uma sopa vegetal.
- Incluir salada ou outras legumes no prato.
- Preferir a fruta fresca e com casca
- Reservar os doces e bolos para ocasiões festivas
- Reduzir a quantidade de gordura utilizada para cozinhar e temperar, preferindo sempre o azeite
- Evitar os refrigerantes e sumos, pela alta concentração em açúcar.
- Água como principal bebida ao longo do dia (1,5 a 2 litros/dia).
- Usar ervas aromáticas (coentros, salsa, orégãos...) para temperar.
- Comer calmamente e mastigar muito bem os alimentos

Preferir métodos de culinária simples, saudáveis e saborosos, tais como: estufados, cozidos e grelhados.

ATIVIDADE FÍSICA

A INATIVIDADE FÍSICA É O QUARTO PRINCIPAL FATOR DE RISCO DE MORTE NO MUNDO

A FALTA DE ATIVIDADE FÍSICA É UM FATOR DE RISCO PARA DOENÇAS CRÓNICAS COMO AS CARDIOVASCULARES, CANCRO E DIABETES.

A ATIVIDADE FÍSICA TRAZ BENEFÍCIOS IMPORTANTES PARA A SAÚDE E CONTRIBUI PARA A PREVENÇÃO DE DOENÇAS (OMS, 2014)

A atividade física, a saúde e a qualidade de vida estão intimamente interligadas



ATIVIDADE FÍSICA MODERADA



- MOVIMENTOS DO CORPO NO DIA-A-DIA COMO CAMINHAR PARA O TRABALHO, SUBIR ESCADAS, JARDINAGEM, DANÇAR
- PELAS MENOS 30 MINUTOS POR DIA
- PARA ADULTOS 150 MINUTOS DE ATIVIDADE DE INTENSIDADE MODERADA POR SEMANA
- DEVEM SER PRATICADAS EM SESSÕES DE PELAS MENOS DEZ MINUTOS DE DURAÇÃO

ATIVIDADE FÍSICA

ATIVIDADE FÍSICA \neq EXERCÍCIO FÍSICO

- QUALQUER MOVIMENTO CORPORAL PRODUZIDO PELOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS QUE GASTE ENERGIA
- INCLUINDO ATIVIDADES FÍSICAS PRATICADAS DURANTE O TRABALHO, JOGOS, EXECUÇÃO DE TAREFAS DOMÉSTICAS, VIAGENS E EM ATIVIDADES DE LAZER.



Atividade Física **Exercício Físico**

- É UMA SUBCATEGORIA DA ATIVIDADE FÍSICA E É PLANEADA, ESTRUTURADA E REPETITIVA E
- TEM COMO OBJETIVO MELHORAR OU MANTER A CONDIÇÃO FÍSICA.

BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA

- MELHORE CAPACIDADE FÍSICA,
- AUMENTO DA FORÇA E DA ELASTICIDADE,
- REDUÇÃO E CONTROLO DO PESO, DIMINUINDO O RISCO DE OBESIDADE,
- MELHORE CONTROLO DE NÍVEIS DE AÇÚCAR NO SANGUE,
- REDUÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL NAS PESSOAS COM HIPERTENSÃO,
- DIMINUIÇÃO DO RISCO DE DOENÇA CARDIOVASCULAR, CANCRO DA MAMA E INTESTINO, E DIABETES TIPO 2,
- MELHORE QUALIDADE DE VIDA
- REDUÇÃO DA DEPRESSÃO, DO STRESS E DA ANSIEDADE
- MELHORIA DA AUTOIMAGEM E DA AUTOESTIMA

ESTRATÉGIAS PARA INCLUIR A ATIVIDADE FÍSICA NO DIA A DIA

Escolher uma atividade que pode e gosta de fazer (ex. dançar, passear);

Praticar preferencialmente em grupo ou com amigos;

Variar o tipo de atividade;

Procurar parques, zonas verdes ou ginásios ao ar livre na sua zona de residência ou local de trabalho;

CONCLUSÃO

A prática de uma alimentação saudável supõe que esta deve ser completa, variada e equilibrada, proporcionando energia adequada e bem-estar físico ao longo do dia.

Uma pessoa que aumenta o seu nível de atividade física, mesmo após longos períodos de inatividade, pode obter benefícios para a saúde independentemente da sua idade.

A sua prática está associada à prevenção de doenças crónicas.

Nunca é demasiado tarde para começar.

ESTRATÉGIAS PARA INCLUIR A ATIVIDADE FÍSICA NO DIA A DIA

Ir a pé em vez de ir de carro ou de transportes.

Estacionar mais longe do seu destino ou sair uma paragem antes e caminhar;

Subir pelas escadas em vez de usar o elevador ou as escadas rolantes;

Registar o tempo e a intensidade de AF que realiza, para controlar o seu exercício semanal e esforçar-se para atingir no mínimo 150 min/semana(30 minutos por dia, 5x por semana)

DÚVIDAS



2º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem Comunitária

MAGUSTO DE S. MARTINHO SAUDÁVEL

QUINTA FEIRA, 23 NOVEMBRO 2017
ÀS 16H00

Centro Comunitário da Santa Marta

Vem festejar connosco o São Martinho saudável!

Castanhas assadas
Confeção de uma refeição saudável
Aula de atividade física
E ainda mais surpresas...

Prevenir o Diabetes tipo 2

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Os fatores de risco de desenvolver o diabetes tipo 2 são:

(Marque com um X as opções corretas)

Fazer atividade física	<input type="checkbox"/>
Ter atividade física	<input type="checkbox"/>
Fazer uma alimentação pouco variada	<input type="checkbox"/>
Fazer uma alimentação Saudável	<input type="checkbox"/>

Para ser uma Alimentação Saudável é preciso:

(Marque com um X as opções corretas)

Ser Variada	<input type="checkbox"/>
Conter poucas vitaminas	<input type="checkbox"/>
Ser Completa	<input type="checkbox"/>
Ser Equilibrada	<input type="checkbox"/>
Fazer variedade	<input type="checkbox"/>

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

	(1) NADA SATISFETO	(2) POUCO SATISFETO	(3) SATISFETO	(4) MUITO SATISFETO
Os conteúdos abordados foram de seu interesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os conteúdos abordados correspondem às suas necessidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compreendeu os conteúdos abordados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adaptou novos conhecimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os conhecimentos adquiridos são úteis para o seu trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Obrigada pela vossa presença
e participação

APENDICE XII - Folheto “Benefícios e estratégias para praticar atividade física regularmente”

ESTRATÉGIAS PARA INCLUIR A ATIVIDADE FÍSICA NO SEU DIA A DIA

- Escolher uma atividade que pode e gosta de fazer (ex. dançar, passear);
- Praticar preferencialmente em grupo ou com amigos;
- Variar o tipo de atividade;
- Procurar parques, zonas verdes ao ar livre na sua zona de residência ou local de trabalho;
- Optar por ir a pé em vez de ir de carro ou de transportes;
- Estacionar mais longe do seu destino ou sair uma paragem antes e caminhar;

PROMOVA O SEU BEM-ESTAR ATRAVÉS DA PRÁTICA REGULAR DA ATIVIDADE FÍSICA



A atividade física, a saúde e a qualidade de vida estão intimamente interligadas



Elaborado por Enfermeira Lúcia Lopes, estudante do 2º Mestrado em Enfermagem Comunitária de GGD.
Coorientador: Professor José Edmundo Sousa
Orientadora de Saúde: Enfermeira Maria Fátima, especialista em Enfermagem Comunitária

Benefícios e Estratégias para Praticar Atividade Física Regularmente



Novembro de 2017

Benefícios da Atividade Física

- ⇒ Melhor aptidão física;
- ⇒ Aumento da força e da flexibilidade
- ⇒ Maior gasto de calorias, o que influencia a perda de peso e de perímetro abdominal
- ⇒ Melhor controlo de níveis de açúcar no sangue
- ⇒ Redução da pressão arterial nas pessoas com hipertensão
- ⇒ Diminuição do risco de doença cardiovascular
- ⇒ Melhor qualidade de vida
- ⇒ Melhor Autoimagem e Autoestima

CUIDADOS A TER NA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

- Ingerir água antes, durante e após a atividade
- Praticar atividade física com roupa confortável e calçado adequado.
- Começar com o aquecimento e terminar com o relaxamento

Exemplo de um plano de treino

Comece pelo aquecimento, 10 a 15 minutos



10 minutos de caminhada



10 agachamentos

(sentar e levantar da cadeira)

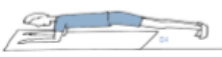


10 flexões de braços

(empurrar a parede com o corpo inclinado à frente)



10 segundos de prancha facial (manter o corpo direito, paralelo ao chão, apoiado nos cotovelos e pés ou joelhos)



10 vezes subir e descer



10 degraus de escadas

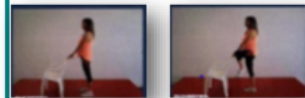
Acabe o exercício com mais

uma caminhada de 10 min

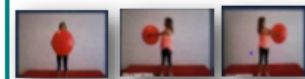


Exercícios para ajudar a perder Perímetro Abdominal

Elevação do joelho(alternado)- abdominais 30 vezes

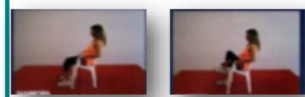


Rotação do tronco(alternado)- abdominais 30 vezes



Pode substituir a bola por um peso ou uma garrafa de água cheia com areia

Joelho ao peito (alternado) - abdominais 30 vezes



APENDICE XIII - Folha auto registo diário (três dias) do comportamento alimentar

8º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem Comunitária



REGISTO DIÁRIO DA ALIMENTAÇÃO PRATICADA

NOME:		IDADE:	
NIVEL RISCO:	IMC:	PA:	

DIA 1

HORAS	O QUE COMEU E BEBEU	OBSERVAÇÕES

8º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem Comunitária

DIA 2

HORAS	O QUE COMEU E BEBEU	OBSERVAÇÕES

DIA 3

HORAS	O QUE COMEU E BEBEU	OBSERVAÇÕES

APENDICE XIV - Quadro “Principais erros alimentares identificados no registo diário da alimentação”

Principais Erros alimentares identificados nos Registo diários da alimentação	
Participante 1	<p>Poucas refeições por dia, logo muitas horas sem comer</p> <p>Não lancha</p> <p>Bebe cerveja às refeições</p> <p>Come poucos legumes e pouca fruta</p> <p>Não comeu peixe em nenhuma refeição</p>
Participante 2	<p>Poucas refeições por dia, logo muitas horas sem comer</p> <p>Não toma um bom pequeno almoço e não lancha</p> <p>Bebe refrigerantes ao jantar</p>
Participante 3	<p>Poucas refeições por dia</p> <p>Não consome legumes nem fruta</p> <p>Excesso consumo de hidratos de carbono</p> <p>Bebe cerveja em todas as refeições</p>
Participante 4	<p>Não toma o pequeno almoço</p> <p>Poucas refeições por dia, logo muitas horas sem comer</p> <p>Nem sempre lancha</p> <p>Bebe sempre cerveja às refeições</p> <p>Bebe pouca água</p>

APENDICE XV - Avaliação da motivação individual para a prática de
atividade física

Tabela 1 - Avaliação da motivação individual para a prática de atividade física, segundo Modelo de Nola Pender

	Estádio atual da AF	Influencias pessoais		Influencias interpessoais	Influencias situacionais	Compromisso Plano ação
		Benefícios	Barreiras			
Participante 1	Contemplação	Sentir-se melhor	Falta de disponibilidade	Amigo com quem trabalha	Situação económica e Indisponibilidade tempo	Não
Participante 2	Pré-contemplação	Agilidade ↑ Autoimagem	Não tem com quem deixar a filha	Marido	Desemprego Localidade da habitação	Não
Participante 3	Pré-contemplação	Perda de peso Agilidade	Não gosta	Não tem	Desemprego Localidade da habitação	Não
Participante 4	Contemplação	Perder peso	Não tem companhia	Não tem	Desemprego Localidade da habitação	Sim
Participante 5	Pré-contemplação	Autoestima Perda de peso	Não tem tempo	Não tem	Indisponibilidade tempo, trabalhar longe de casa	Não

APENDICE XVI - Convite personalizado para uma sessão de educação para a
saúde em grupo



|

Exmo(a) Sr(a) _____,

Realizámos um estudo para Avaliação do risco de desenvolver Diabetes Tipo 2(nos próximos 10 anos), no bairro de Santa Marta de Corroios, à população adulta com idades compreendidas entre os 20 e os 40 anos, no qual participaram 50 moradores. Sendo um dos participantes no estudo que apresenta Risco_____, venho informá-lo do resultado do mesmo:

58%(29 participantes) apresentam Baixo Risco

38%(19 participantes) apresentam Risco Sensivelmente Elevado

2%(1 participante) apresenta Risco Moderado

2%(1 participante) apresenta Alto Risco

Tem como principais fatores de risco _____ e _____

.

Assim, venho convidá-lo a participar numa **Sessão de Educação para a Saúde**, tendo como principal objetivo promover comportamentos de saúde saudáveis, de modo a reduzir os seus fatores de risco.

A sessão será realizada no **dia 23 de Novembro, às 16h00**, no centro comunitário (**casa branca**) e conta com a participação da equipa de enfermagem, um técnico de educação física e um chef de cozinha. Temos muitas surpresas para os participantes.

Contamos com a sua presença. Esperamos por si.

APENDICE XVII - Convite sessão de educação para a saúde na comunidade



Magusto Santa Marta de Corroios
Promoção de Comportamentos Saudáveis

Quinta feira, 23 Novembro 2017, Às 16h00
Centro Comunitário de Santa Marta

Vem festejar connosco o São Martinho saudável:

- Castanhas assadas
- Confeção de uma refeição saudável
- Aula de atividade física
- E ainda mais surpresas...

Esperamos por si

Enfermeira Lúcia Lopes

APENDICE XVIII - Cartaz informativo sobre a realização da sessão no centro
comunitário

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

3º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem Comunitária

Magusto Santa Marta de Corroios

Quinta feira, 23 Novembro 2017
Às 16h00

Centro Comunitário de Santa Marta

Promoção de Comportamentos Saudáveis

Vem festejar connosco o São Martinho saudável:

- Castanhas assadas
- Confeção de uma refeição saudável
- Aula de atividade física
- E ainda mais surpresas...

Prevenir a Diabetes tipo 2



Enfermeira Lúcia Lopes, Enfermeira Mara Pires,

APENDICE XIX - Plano da sessão de educação para a saúde em grupo II



PLANO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE II

População-alvo	Moradores do Bairro de Santa Marta, todos os adultos entre os 20 e os 40 anos que correspondam aos critérios de inclusão definidos
Participantes na sessão de educação	Todos os participantes a quem foi diagnosticado qualquer nível de risco de DM2
Modelo de educação para a saúde	Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

Tema	Hábitos alimentares saudáveis e prática de atividade física regular, na prevenção da DM2.
Local	Centro Comunitário de Santa Marta de Corroios
Data	23 de novembro de 2017
Duração	100 minutos
Formadores	Enfermeiras Lúcia Lopes e Mara Pires, Aluna de Enfermagem Inês e Técnica de Educação Física Alice Martins
Finalidade da Formação	Promover comportamentos de saúde relacionados com hábitos alimentares saudáveis e prática de atividade física na população dos 20 aos 40 anos com risco de desenvolver DM2, no bairro de Santa Marta de Corroios.

Objetivo pedagógico geral:

Promover comportamentos de saúde relacionados com hábitos alimentares saudáveis e prática de atividade física na população com risco de DM2

Objetivos Específicos:

Identificar a alimentação saudável e a prática de atividade física regular como comportamentos promotores da saúde

Capacitar os participantes para a prática de atividade física

Capacitar os participantes para uma alimentação saudável, variada e polifracionada com o aumento do consumo de vegetais e fruta

Domínio

Cognitivo

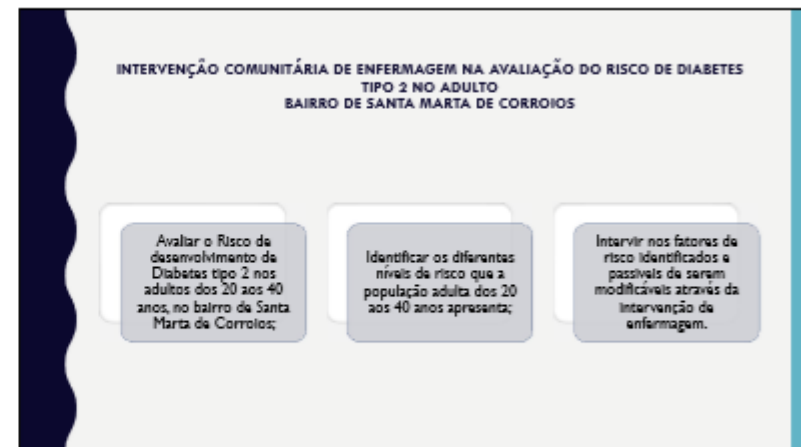
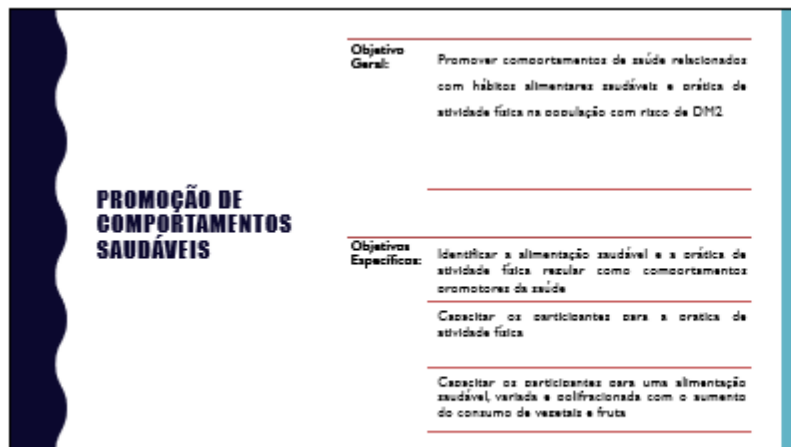
Afetivo

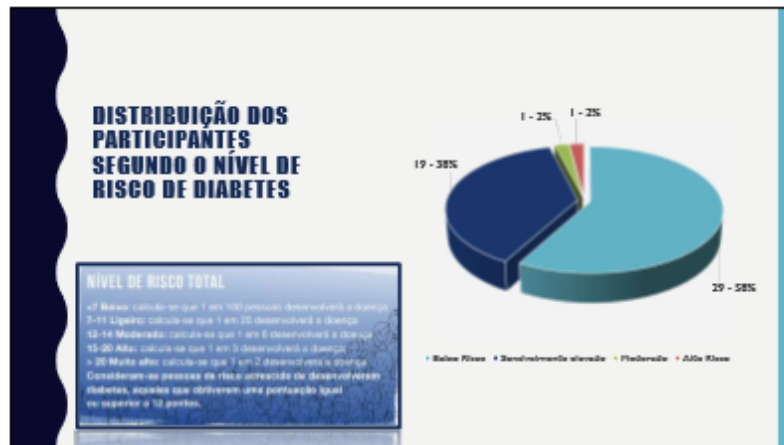
Psicomotor

ETAPA	CONTEÚDOS	DOMÍNIOS	MÉTODOS	TÉCNICAS	RECURSOS	TEMPO
INTRODUÇÃO	Apresentação Apresentação do projeto e justificação do mesmo Apresentação dos dados do risco de DM2 da população participante Preenchimento de questionário para avaliação diagnóstica de conhecimentos sobre alimentação e atividade física	Cognitivo Afetivo	Expositivo Interrogativo e interativo	Exposição oral e visual Aplicação de questionário de avaliação dos conhecimentos dos participantes sobre alimentação saudável e prática de atividade física	Computador e projetor Enfermeiras e Estudante Licenciatura de Enfermagem da ESEL Folha do questionário de avaliação diagnóstica de conhecimentos	20'
DESENVOLVIMENTO	Alimentação Saudável, sua importância e estratégias para a sua confecção Importância da Atividade física e estratégias para a prática	Cognitivo Afetivo Psicomotor	Expositivo Interrogativo e interativo Interativo Demonstrativo	Exposição oral e visual Colocar questões para estimular a discussão dos participantes, sobre os seus hábitos alimentares e prática de atividade física: Criação de um ambiente agradável de interação Aula prática de atividade física Confeção de uma refeição saudável	Computador, projetor e Roda dos Alimentos Enfermeiras Técnico de educação física e Enfermeiras Bolas e pesos Cestos com fruta Enfermeiras e aluna de enfermagem	60'
CONCLUSÃO	Esclarecimento das dúvidas dos participantes	Cognitivo Afetivo	Expositivo Interrogativo e interativo	Exposição oral Abrir espaço para colocação de questões e exposição de dúvidas	Enfermeiras Técnico de educação física Participantes	10'
AValiação	Preenchimento de questionário de avaliação da sessão	Afetivo	Interrogativo	Aplicação dos questionários de avaliação da sessão	Folhas de avaliação da sessão Participantes Enfermeiras	10'

Indicadores de Avaliação da sessão	
<p>Taxa de participantes presentes na sessão de EpS - 50% dos participantes convidados</p> <p>$\frac{\text{Nº de participantes presente na sessão}}{\text{Nº total de participantes convidados para a sessão}} \times 100$</p>	Indicador de presença
<p>Taxa de participação (intervenção, comentários ou observações) durante a sessão de EpS - 60% dos participantes</p> <p>$\frac{\text{Nº de participantes que intervieram na sessão}}{\text{Nº total de participantes presentes na sessão}} \times 100$</p>	Indicador de participação
<p>Taxa de participantes que avaliem de forma satisfatória os conteúdos transmitidos - 60% dos participantes</p> <p>$\frac{\text{Nº de participantes na sessão que avaliaram de forma positiva a sessão (Satisfeito ou muito satisfeito)}}{\text{Nº total de participantes na sessão que avaliaram a sessão}} \times 100$</p>	Indicador de satisfação
<p>Nº de perguntas do questionário de avaliação de conhecimentos que diminuíram o nº de repostas erradas no final da sessão – 80% das perguntas</p>	Indicador de conhecimentos

APENDICE XX - Diapositivos da sessão de educação para a saúde em grupo II





DIABETES

01

Doença crônica que ocorre quando os níveis de açúcar no sangue estão aumentados.

02

Este aumento resulta de alterações no funcionamento do pâncreas que é a responsável pela produção de insulina.

03

Existe um defeito de ação de insulina, muitas vezes, causada pela obesidade, gordura abdominal.

04

O aumento de açúcar (glicose) no sangue (hiperglicemia), ao final de algum tempo pode provocar diversas complicações no organismo.

PROBLEMAS IDENTIFICADOS NOS PARTICIPANTES COM RISCO DE DIABETES

- IMC alterado (57,1% dos participantes tem excesso de peso e 24% obesidade).
- Perímetro abdominal alterado (52% dos participantes tem risco moderado e 43% risco elevado).
- Baixa prática de atividade física
- Baixo consumo de vegetais e/ou fruta
- Refeições pouco fracionadas (poucas refeições por dia)

FATORES DE RISCO DA DIABETES

Excesso de peso (IMC > 25) e Obesidade (IMC > 30)

Obesidade Abdominal, M > 94 cm e M > 80 cm.

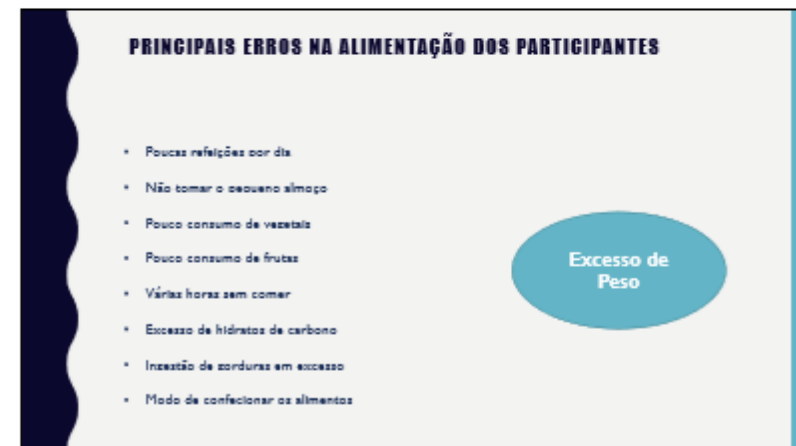
Idade > 45 anos se europeus e > 35 anos se de outra origem/região do mundo.

Vida sedentária (não prática de atividade física)

História familiar de diabetes

Diabetes gestacional (grávidas)

Os estilos de vida, como por exemplo, a alimentação desequilibrada e a inatividade física, são fatores que podem influenciar o aparecimento desta doença.



Alimentação Saudável

- **COMPLETA**
COMER ALIMENTOS DE TODOS OS GRUPOS E BEBER ÁGUA DIARIAMENTE
- **EQILIBRADA**
INGERIR O NÚMERO DE PORÇÕES RECOMENDADO PARA CADA GRUPO
- **VARIADA**
COMER ALIMENTOS DIFERENTES DENTRO DE CADA GRUPO VARIANDO DIARIAMENTE, SEMANALMENTE E NAS DIFERENTES ÉPOCAS DO ANO

Referências Principais: Alimento e Saúde

- Grão de Leguminosa
- Peixe ou Jazido ou Bataido ou Fritado ou Fritado ou Fritado
- Fruta Fresca

Referências Secundárias: Pequena Alimenta, Meio de Mante, Lanches e Sopa

Referências Tercárias: Pequena Alimenta, Meio de Mante, Lanches e Sopa

atividade física

- jardinagem 45min
- caminhada 30min
- subir escadas 10min
- vôlei 45min
- natação 20min
- dança 30min
- bike 15min
- corrida 15min

ESTRATÉGIAS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

- Iniciar o dia com um pequeno-almoço completo e saudável.
- Começar sempre o almoço e o jantar com uma sopa vegetal.
- Incluir salada ou outros legumes no prato.
- comer sempre 5 porções de fruta e legumes por dia, variando o tipo
- Preferir a fruta fresca e com casca
- Reservar os doces e bolos para ocasiões festivas
- Reduzir a quantidade de gordura utilizada para cozinhar e temperar, preferindo sempre o azeite
- Evitar os refrigerantes e sumos, pois são ricos em açúcar
- Água como principal bebida ao longo do dia (1,5 a 2 litros/dia).
- Usar ervas aromáticas (coentros, salsa, orégãos...) para temperar.
- Comer calmamente e mastigar muito bem os alimentos

Usar métodos de culinária simples, saudáveis e saborosos, tais como: estufados, cozidos e grelhados.

ATIVIDADE FÍSICA

- **Atividade física**
Qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que gaste energia
Incluindo atividades físicas praticadas durante o trabalho, jogos, tarefas domésticas, viagens e em atividades de lazer.
- **Exercício Físico**
É uma subcategoria de atividade física e é planejada, estruturada e repetitiva.
Tem como objetivo melhorar ou manter a condição física.



IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE FÍSICA



- Fortalece a resistência e reduz a fadiga
- Diminui a pressão arterial
- Controla o peso corporal
- É uma atividade de lazer
- Ajuda a controlar a tensão e a ansiedade
- Ajuda o coração a bater mais devagar
- Melhora os níveis dos "lipídios" no sangue
- Ajuda a melhorar as defesas do organismo

ATIVIDADE FÍSICA MODERADA


- Movimentos do corpo no dia-a-dia como caminhar rapidamente para o trabalho, subir escadas, jardinagem, dançar
- Pelo menos 30 minutos por dia de atividade física moderada
- 150 minutos de atividade de intensidade moderada por semana (30 minutos por dia = cerca de 2,5 Km, 5x por semana)
- Praticar atividade física moderada em sessões de pelo menos dez minutos de duração



BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA

- Aumento da força e da elasticidade;
- Redução e controlo do peso, diminuindo o risco de obesidade;
- Melhor controlo de níveis de açúcar no sangue;
- Redução da pressão arterial nas pessoas com hipertensão;
- Diminuição do risco de doença cardiovascular, Cancro da mama, Intestino e Diabetes tipo 2;
- Melhor qualidade de vida
- Redução da depressão, do stress e da ansiedade
- Melhoria da autoimagem e da autoestima

Exemplo de um plano de treino

Comece pelo aquecimento, 10 a 15 minutos	
10 minutos de caminhada	
10 alongamentos	
10 flexões de braços	
10 segundos de prancha fiscal (manter o corpo direito, cabeça ao chão, apoiado nos cotovelos e pés ou joelhos)	
10 vezes subir e descer 10 degraus de escadas	
Acabe o exercício com mais uma caminhada de 10 min	

CONCLUSÃO

PODE DIMINUIR O RISCO DE TER DIABETES SE:

- Perder 5 a 7% do seu peso, em caso de excesso de peso
- Realizar 30 minutos de atividade física por dia
- Coma 5 porções diárias de frutas e legumes
- Vigie a tensão arterial e o colesterol

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO

CONCLUSÃO

A prática de uma alimentação saudável supõe que esta deva ser completa, variada e equilibrada, proporcionando energia adequada e bem-estar físico ao longo do dia.

Uma pessoa que aumente o seu nível de atividade física, mesmo após longos períodos de inatividade, pode obter benefícios para a saúde independentemente da sua idade.

As suas práticas estão associadas à prevenção de doenças crónicas como a diabetes.

Nunca é demasiado tarde para começar.

APENDICE XXI - Folha “sugestão individualizada plano alimentar saudável”

8º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem Comunitária



**SUGESTÃO INDIVIDUALIZADA PLANO ALIMENTAR
SAUDÁVEL**

NOME:

Refeições	Horas	Sugestões de Refeições
Pequeno-almoço		
Meio da manhã		
Almoço		
Lanche da tarde		
Jantar		
Ceia		

Enfermeira Lúcia Lopes

APENDICE XXII - Avaliação dos indicadores de processo

Avaliação dos Indicadores de processo ou de atividade

Taxa de atividades individuais realizadas = 100% das atividades individuais programadas

$$\frac{\text{nº de atividades individuais realizadas (5 + 5)}}{\text{nº total de atividades individuais programadas (5 + 5)}} \times 100$$

Taxa de atividades realizadas em grupo = 100% das atividades em grupo programadas

$$\frac{\text{nº de atividades realizadas em grupo (3)}}{\text{nº total de atividades em grupo programadas (3)}} \times 100$$

Taxa de participação nas atividades realizadas = 92% dos participantes nas atividades intervieram

$$\frac{\text{Nº de participantes que intervieram nas atividades (5+7)}}{\text{Nº total de participantes nas atividades (5+8)}} \times 100$$

Taxa de satisfação dos participantes = 100% dos participantes

$$\frac{\text{Nº de participantes nas sessões que avaliaram de forma positiva a sessão (Satisfeito ou muito satisfeito) (5+8)}}{\text{Nº total de participantes nas sessões que avaliaram a sessões (5+8)}} \times 100$$

APENDICE XXIII - Avaliação dos indicadores da intervenção

Objetivos operacionais	Indicadores	Resultados Obtidos
1 - Informar os cinco participantes com risco de DM2 e IMC > 30 sobre os fatores de risco de desenvolvimento de DM2 e importância do seu controlo	<p>Taxa de contactos realizados – 100% contactos</p> <p>Taxa de adesão ao projeto - 60% dos participantes</p> <p>Taxa de adesão dos participantes às sessões individuais - 60% dos participantes convocados</p> <p>Taxa de participantes presentes nas sessões – 60% dos participantes</p>	<p>100% dos contactos realizados (5/5x100)</p> <p>100% de adesão dos participantes ao projeto (5/5x100)</p> <p>100% de adesão às sessões individuais (5/5x100)</p> <p>100% de presença nas sessões individuais e em grupo realizadas (5/5x100)</p>
2- Identificar comportamentos incorretos relativamente aos hábitos alimentares e prática de atividade física nos cinco participantes com risco de DM2 e IMC > 30	<p>Taxa de adesão dos participantes ao auto registo do comportamento alimentar - 60% dos participantes</p>	<p>80% de adesão ao auto registo do comportamento alimentar (4/5x100)</p>
3 - Aumentar os conhecimentos da população adulta dos 20 aos 40 anos do bairro de Santa Marta de Corroios acerca da alimentação saudável e da prática de atividade física regular na prevenção da DM2	<p>Taxa de contactados efetuados – 80% dos participantes</p> <p>Taxa de participantes presentes na sessão de EpS - 50% dos participantes</p> <p>Taxa de participação (intervenção, comentários ou observações) durante a sessão de EpS – 60% dos participantes</p>	<p>90% dos participantes contactados para a intervenção comunitária (18/20x100)</p> <p>44,5% dos participantes convocados (8/18x100)</p> <p>87,5% de participação na sessão de EpS (7/8x100)</p>

Objetivos operacionais	Indicadores	Resultados Obtidos
3 - Aumentar os conhecimentos da população adulta dos 20 aos 40 anos do bairro de Santa Marta de Corroios acerca da alimentação saudável e da prática de atividade física regular na prevenção da DM2	Taxa de participantes que identificam corretamente dois fatores de risco de DM2 – 60% dos participantes	100% dos participantes identificaram corretamente dois fatores de risco da DM2(5/5x100)
	Taxa de participantes que identificaram corretamente as características de uma alimentação saudável - 60% dos participantes	80% dos participantes identificaram corretamente as características da alimentação saudável(4/5x100)
	Taxa de participantes que avaliem de forma satisfatória os conteúdos transmitidos- 60% dos participantes	100% dos participantes (5/5x100 e 8/8x100)
	Diminuição do nº de repostas erradas no questionário de avaliação de conhecimentos	
4 - Capacitar os participantes para a prática de atividade física regular	Diminuição do nº de repostas erradas no questionário de avaliação de conhecimentos sobre AF	Diminuição de respostas erradas em 80% das questões colocadas (4/5x100)
	Taxa de participantes na sessão prática de atividade física – 80%	100% dos participantes (8/8x100)
5 - Capacitar os participantes para uma alimentação saudável, variada e polifracionada,	Diminuição do nº de repostas erradas no questionário de avaliação de conhecimentos Alimentação saudável	Diminuição de respostas erradas em 71,5% das questões colocadas (5/7x100)
	Taxa de sessões de aconselhamentos individual realizadas - 60% dos participantes	100% dos participantes (5/5x100)

APENDICE XXIV - Grelha de observação da participação na sessão II

8º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem Comunitária



Grelha de Observação da Participação na Sessão

TEMA: Hábitos alimentares saudáveis e prática de atividade física regular, na prevenção da DM2.

Data: 23 de novembro 2017

Nº Participante	Participação													Observações
1	X	X	X											
2	X	X	X	X	X									
3	X	X												
4														
5	X													
6	X	X												
7	X													
8	X	X	X	X										
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														

Enfermeira Lúcia Lopes

APENDICE XXV - Questionários de avaliação de conhecimentos e satisfação
das sessões de EpS I

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE I

Tema: Importância do controlo dos fatores de risco no desenvolvimento da DM2

Data:

Solicito a sua colaboração no preenchimento deste questionário como forma de avaliação da sessão que acabou de assistir. A sua opinião sincera é muito importante.

Tem uma tabela com 4 respostas possíveis para cada questão, em que corresponde a (1) Nada Satisfeito, (2) Pouco Satisfeito, (3) Satisfeito e (4) Muito Satisfeito.

	(1) NADA SATISFEITO	(2) POUCO SATISFEITO	(3) SATISFEITO	(4) MUITO SATISFEITO
Os Conteúdos abordados foram do seu interesse				
Os conteúdos abordados corresponderam às suas necessidades				
Compreendeu os conteúdos abordados				
Adquiriu novos conhecimentos				
Os conhecimentos adquiridos são úteis para a sua saúde				

Agradeço a sua colaboração

Lúcia Lopes

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS

Tema: Importância do controlo dos fatores de risco no desenvolvimento da DM2

Data:

Os **fatores de risco** de desenvolver a diabetes tipo 2 são:

(Marque com um **X** as opções corretas)

Pouca atividade física	
Muita atividade física	
Fazer uma alimentação pouco variada	
Fazer uma alimentação Saudável	

Para ser uma **Alimentação Saudável** é preciso:

(Marque com um **X** as opções corretas)

Ser Variada	
Comer poucas vezes ao dia	
Ser Completa	
Ser Equilibrada	
Ser pouco variada	

Agradeço a sua colaboração

Lúcia Lopes

APENDICE XXVI - Questionários de avaliação de conhecimentos e satisfação
das sessões de EpS II



**Questionário de Avaliação Diagnóstica de Conhecimentos sobre
Alimentação Saudável e Prática Atividade Física**

Pedimos a sua colaboração para o preenchimento do questionário para avaliação dos seus conhecimentos sobre Alimentação Saudável e Prática de Atividade Física. É um questionário anónimo para o qual a sua participação é muito importante.

Assinale com um X as afirmações como Verdade ou Falso

Alimentação Saudável		Verdade	Falso
1	Uma alimentação pouco saudável pode ser uma das causas de excesso de peso ou obesidade		
2	Para ser saudável, a alimentação deve ser variada, equilibrada e completa.		
3	Devemos começar o dia com um grande pequeno almoço		
4	Um prato deve ser composto por metade com carne ou peixe e a outra metade com massa ou arroz		
5	Devemos fazer 3 refeições por dia		
6	Os refogados, os cozidos e os fritos são formas saudáveis de cozinhar os alimentos		
7	Comer duas peças de fruta ou legumes 3 vezes por semana é fazer uma alimentação saudável		

Prática de Atividade Física		Verdade	Falso
1	Praticar Atividade física é fazer exercício físico.		
2	Pratica-se atividade física ao caminhar para o trabalho, subir escadas e limpar a casa.		
3	A falta de atividade física pode levar ao desenvolvimento da diabetes.		
4	É necessário fazer 40 minutos de atividade física todos os dias.		
5	Praticar atividade física ajuda a controlar o aumento de peso.		

Agradeço a sua colaboração



Questionário de Avaliação Da Sessão Promoção Comportamentos Saudáveis

Pedimos novamente a sua colaboração para o preenchimento do questionário para avaliação da Sessão sobre Comportamentos de Saúde. É um questionário anónimo para o qual a sua participação é muito importante, de forma a podermos melhorar.

É composto por duas partes:

1. Questionário para avaliação da sua satisfação em relação à sessão que acabou de assistir.
2. Questionário de avaliação dos seus conhecimentos após a sessão.

PARTE 1

Tem uma tabela com 4 respostas possíveis para cada questão, em que corresponde a (1) Nada Satisfeito, (2) Pouco Satisfeito, (3) Satisfeito e (4) Muito Satisfeito.

	(1) NADA SATISFEITO	(2) POUCO SATISFEITO	(3) SATISFEITO	(4) MUITO SATISFEITO
Os temas discutidos foram do seu interesse				
Os temas discutidos corresponderam às suas necessidades				
Compreendeu os temas discutidos				
Aprendeu novos conhecimentos				
Os conhecimentos que aprendeu são úteis para a sua saúde				

PARTE 2

Assinale com um X as afirmações como Verdade ou Falso

Alimentação Saudável		Verdade	Falso
1	Uma alimentação pouco saudável pode ser uma das causas de excesso de peso ou obesidade		
2	Para ser saudável, a alimentação deve ser variada, equilibrada e completa.		
3	Devemos começar o dia com um grande pequeno almoço		
4	Um prato deve ser composto por metade com carne ou peixe e a outra metade com massa ou arroz		
5	Devemos fazer 3 refeições por dia		
6	Os refogados, os cozidos e os fritos são formas saudáveis de cozinhar os alimentos		
7	Comer duas peças de fruta ou legumes 3 vezes por semana é fazer uma alimentação saudável		

Prática de Atividade Física		Verdade	Falso
1	Praticar Atividade física é fazer exercício físico.		
2	Pratica-se atividade física ao caminhar para o trabalho, subir escadas e limpar a casa.		
3	A falta de atividade física pode levar ao desenvolvimento da diabetes.		
4	É necessário fazer 40 minutos de atividade física todos os dias.		
5	Praticar atividade física ajuda a controlar o aumento de peso.		

APENDICE XXVII - Resultado da avaliação conhecimento na Sessão EpS II

Tabela 1 - Resultado da Avaliação Conhecimento na Sessão EpS II

Questões Sobre Alimentação Saudável		
Questões	Avaliação Conhecimento	Avaliação Final Sessão
AS1	25%(2) respostas erradas	0% respostas erradas
AS2	0% respostas erradas	0% respostas erradas
AS3	62,5%(5) respostas erradas	37,5%(3) respostas erradas
AS4	62,5%(5) respostas erradas	12,5%(1) respostas erradas
AS5	50%(4) respostas erradas	37,5%(3) respostas erradas
AS6	12,5%(1) respostas erradas	12,5%(1) respostas erradas
AS7	37,5%(3) respostas erradas	12,5%(1) respostas erradas
Questões Sobre Prática de Atividade Física		
Questões	Avaliação Conhecimento	Avaliação Final Sessão
PAF1	75%(6) respostas erradas	12,5%(1) respostas erradas
PAF2	25% (2) respostas erradas	25%(2) respostas erradas
PAF3	12,5% (1) respostas erradas	0% respostas erradas
PAF4	87,5% (7) respostas erradas	37,5%(3) respostas erradas
PAF5	12,5%(1) respostas erradas	0% respostas erradas

APENDICE XXVIII - Consentimento Informado do participante do estudo

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Intervenção Comunitária de Enfermagem na Avaliação do Risco de Desenvolvimento de Diabetes Tipo 2, no Adulto.

Enquadramento: Este projeto de intervenção comunitária surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, sob a orientação do Professor doutor José Edmundo Sousa. A realização deste estudo pretende avaliar os níveis de risco de diabetes tipo 2 que essa população apresenta, visando a prevenção primária da diabetes e contribuir para Implementação de programas de intervenção comunitária.

Procedimentos: para a realização deste projeto é necessário a recolha de dados através de um questionário, que será preenchido por administração indireta. Os dados colhidos serão para caracterização da população em estudo e relativos aos comportamentos dos estilos de vida. O preenchimento do formulário demorará aproximadamente 15 minutos. O participante do estudo tem que ter idade compreendida entre os 20 e os 40 anos, e não ter sido diagnosticado Diabetes.

Condições e financiamento: A sua participação neste projeto é voluntária e gratuita, sem qualquer tipo de contrapartida. Pode recusar participar e pode também abandonar o estudo a qualquer momento. O estudo é financiado pela investigadora e recebeu parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

Confidencialidade e anonimato: Este estudo garante o anonimato dos participantes assim com a confidencialidade dos dados recolhidos. Todo o processo será realizado em ambiente de privacidade. Os dados obtidos neste estudo poderão ser utilizados para publicação de caráter científico, mas sempre mantendo o anonimato e confidencialidade.

Agradeço a sua participação.

Enfermeira Lúcia Lopes
Telemóvel para Contacto: 964308573
E-mail para contacto: lfatima@campus.esel.pt

Assinatura do investigador:

Assinatura do participante:

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura:

Data: /..... /.....